



**PREMIS A TREBALLS DE RECERCA DE LA UdL**  
per a l'estudiantat de batxillerat i cicles formatius de grau superior

## **La depressió més enllà dels nostres ulls**

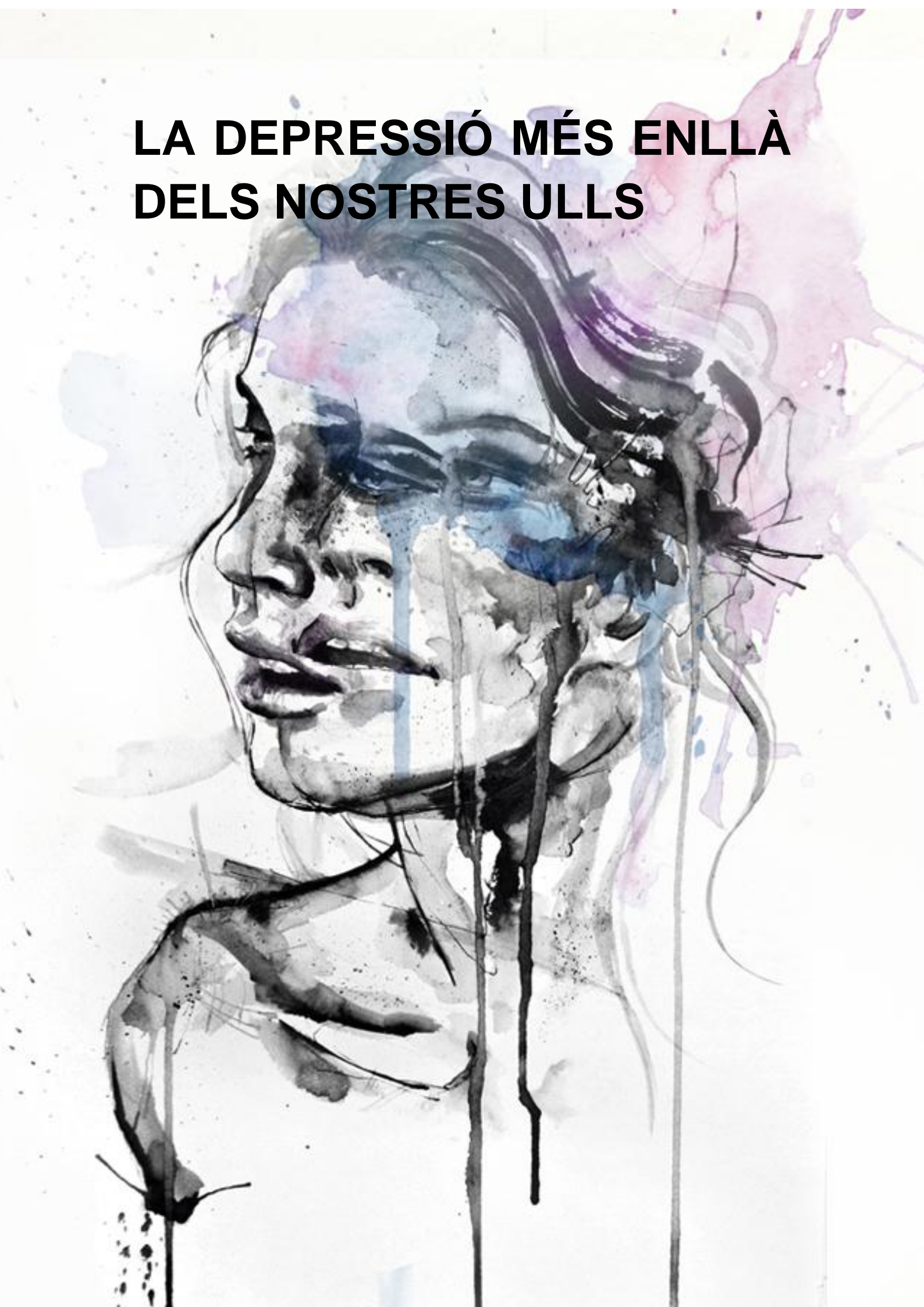
Abril Montero López

Tutor/a: Ester Carné Ció

Centre: INS Alexandre de Riquer  
(Calaf)

Data: 2019

# **LA DEPRESSIÓ MÉS ENLLÀ DELS NOSTRES ULLS**



***“No perquè el cel estigués ennuvolat,  
les estrelles van morir.”***

## RESUM

La depressió, tal i com assegura l' Organització Mundial de la Salut (OMS) és un dels problemes de salut més greus del moment, ja que afecta a un gran percentatge de la població mundial. Tot i això, la depressió, com la majoria de malalties mentals, és una gran desconeguda per a moltes persones. En aquest treball podrem conèixer la depressió des de fora, a través d'un punt de vista totalment impersonal i teòric però també des de dins a partir de les vivències i sentiments d'una noia de disset anys amb depressió. D'aquesta manera podrem descobrir i entendre què és veritablement la depressió i com afecta a les persones que la pateixen.

## ABSTRACT

Depression, as ensured by the World Health Organization (WHO), is one of the most serious health problems of the moment by affecting a large percentage of the world population. However, depression, like most mental illnesses, is a great stranger to most people. In this work we can see depression from the outside, in a totally impersonal point of view, but also with experiences and feelings of a seventeen-year-old girl with depression. In some different ways we can discover and understand how depression really is and how it affects people who suffer it.

## ÍNDEX

<b>INTRODUCCIÓ .....</b>	<b>6</b>
<b>LA DEPRESSIÓ.....</b>	<b>9</b>
Síntomes de la depressió.....	11
• Síntomes emocionals (en els sentiments): .....	11
• Síntomes cognitius (en els pensaments): .....	11
• Síntomes físics (en el cos):.....	11
• Síntomes conductuals (en el què fem):.....	11
Tipus de depressió.....	12
• Depressió segons l'origen .....	12
• Depressió major .....	13
• La Distímia .....	14
• La depressió bipolar .....	14
• Depressions les quals incorporen trastorns psicòtics.....	15
Causes de la depressió.....	16
• Factors bioquímics .....	16
• Factors genètics.....	17
• Factors ambientals.....	18
• Esdeveniments vitals en la depressió .....	19
<b>EL DIAGNÒSTIC CLÍNIC DE LA DEPRESSIÓ MAJOR.....</b>	<b>20</b>
<b>EL TRACTAMENT EN LA DEPRESSIÓ .....</b>	<b>26</b>
Tractament farmacològic.....	28
• inhibidors de la monoaminoxidasa (IMAOs).....	28
• Antidepressius tricíclics (TCAs).....	29
• Antidepressius duals (SNRIS).....	30
• Inhibidors selectius de la recaptació de la serotonina (ISRS) .....	30
• Efectes secundaris dels diferents tipus d'antidepressiu .....	33
Tractament no farmacològic.....	35

• Teràpia cognitiva-conductual .....	35
• Teràpia interpersonal .....	36
• Teràpia psicodinàmica .....	37
<b>CONSEQÜÈNCIES DE LA DEPRESSIÓ .....</b>	<b>39</b>
La depressió; un lladre que t'ho treu tot i et deixa morir.....	39
El suïcidi i la depressió.....	42
<b>LA DEPRESSIÓ A CASA .....</b>	<b>46</b>
<b>LES RECAIGUDES EN LA DEPRESSIÓ I LA SEVA PREVENCIÓ .....</b>	<b>49</b>
<b>L'ESTIGMA EN LA DEPRESSIÓ .....</b>	<b>52</b>
<b>LA RECERCA DE LA FELICITAT .....</b>	<b>60</b>
<b>CONCLUSIÓ .....</b>	<b>61</b>
<b>BIBLIOGRAFIA I WEBGRAFIA .....</b>	<b>62</b>
<b>ANNEXOS.....</b>	<b>66</b>
ANNEX I Primera entrevista a la Lana: .....	66
ANNEX II Segona entrevista a la Lana: .....	71
ANNEX III Entrevista a la Berta: .....	74
ANNEX IV Entrevista a la Maria:.....	78
ANNEX V Enquesta sobre l'estigma en la depressió .....	82

## INTRODUCCIÓ

Fa quatre anys vaig conèixer a la Lana, al principi vam ser només dues conegudes compartint els nostres gustos i aficions però a poc a poc la nostra amistat va anar creixent fins a assolir una gran confiança l'una envers l'altra. En qüestió de mesos va passar a ser una de les meves amigues més important i una de les persones amb les quals més comparteixo els meus sentiments sense por a ser jutjada. La Lana és simplement una persona especial, amb llum pròpia, i em sento molt afortunada de dir que forma part de la meva vida. Però no totes les històries poden ser perfectes, la Lana des del moment en què la vaig conèixer es troba immersa en una lluita constant amb ella mateixa, en una lluita contra la seva ment, contra la depressió.

He pogut veure amb els meus propis ulls com a poc a poc la depressió es quedava amb la seva màgia, la seva llum i els seus somriures.

Jo he intentat estar sempre al seu costat, entendre-la, escoltar-la i poder comprendre què és el que sent i pateix per culpa de la malaltia, i és aquesta la meva màxima motivació per a fer aquest treball: entendre i ajudar a la meva amiga. Per a mi aquest treball significa entrar de ple en el seu patiment i en totes aquelles difícils situacions per les que ha hagut de passar i segueix passant a hores d'ara.

Aquest fet, juntament amb el meu fort interès per la salut mental, han estat les meves principals motivacions per a fer aquest treball.

Pel que fa al contingut, el treball consisteix a fer una comparació entre la recerca d'informació sobre la depressió, a partir de llibres i altres fonts d'investigació, i en la recerca de sentiments i vivències d'una noia que pateix depressió, per així poder comparar la part més teòrica de la malaltia amb la part més personal i real d'aquesta.

Amb els resultats obtinguts, pretenc arribar a unes determinades conclusions per veure els diversos punts de vista de la malaltia i poder entendre-la millor.

Els objectius del treball són conèixer com afecta la depressió en les persones que la pateixen i entendre millor la malaltia tant pel que fa a la part personal com a la part més científica i general. Per últim un dels meus objectius més importants és donar a conèixer una mica més la malaltia, ja que donat els milions de persones a qui afecta, trobo que és una malaltia que s'hauria de conèixer molt més per part de la societat.

El treball es troba separat en diferents blocs. En cada un dels blocs trobem exposades les dues vessants del treball. Al llarg de cada part del treball trobem una explicació general i tècnica, i per altra banda l'experiència i sentiments respecte a aquests temes de la Lana, donat això en el treball no és veu separada la part teòrica de la part pràctica. Es troba fet d'aquesta manera per així poder veure en cada apartat una comparació directa i poder comprendre millor la malaltia.

Com a part pràctica del treball he realitzat diverses entrevistes a la Lana per, a partir dels meus coneixements previs sobre el seu estat, tenir uns resultats més profunds i concrets. Per a poder conèixer també altres punts de vista sobre la malaltia he dut a terme entrevistes a la mare de la Lana i també a la seva psicòloga per a realitzar els diversos apartats del treball. Per últim he realitzat una enquesta a persones majors de 14 anys per abordar l'estudi sobre l'estigmatització en la depressió.

En un principi la meua intenció era fer diverses entrevistes a diferents persones amb depressió però vaig veure que, com no tenia confiança amb aquestes persones, els resultats obtinguts no eren el suficient personals com per a poder fer una bona comparació, de manera que vaig decidir centrar-me específicament en la Lana. Per altra banda també vaig trobar que fer entrevistes a professionals era difícil per temes de confidencialitat. Donat això, poder accedir a la psicòloga de la Lana va ser de gran ajut.

Al llarg del treball he seguit diferents etapes: primer de tot vaig realitzar la part més científica sobre el tractament de la depressió; tot seguit vaig desenvolupar la part més teòrica del treball per així saber quines eren les preguntes que havia de fer a la Lana i les vaig anar entrellaçant amb la resta del treball. Després vaig realitzar les entrevistes a la mare i a la psicòloga de la Lana i, un



cop fets tots aquests passos, per acabar de concloure el treball, vaig fer l'enquesta abans anomenada sobre l'estigma en la depressió.

L'estudi és complementat amb imatges, dibuixos, dades, taules, gràfics i citacions de les persones entrevistades.

Amb aquest treball pretenc poder realitzar una recerca personal de la malaltia i així poder conèixer *la depressió més enllà dels nostres ulls*.

## LA DEPRESSIÓ

### ***“La depressió és voler-te morir”***

- Lana

Puc sentir la decidida veu de la Lana en respondre a una de les meves primeres preguntes; Com definirieu en una sola frase què és tenir depressió? La seva resposta em deixa esgarriada; *“La depressió és voler-te morir”*. Només amb aquestes paraules ja ens podem fer una idea del que pateix la Lana però; quins són tots els fets que l’han portat a aquest límit, com és viure amb aquest dolor? Per mi aquestes preguntes només es poden respondre d’una manera; aprofundint en la depressió des del punt de vista més personal i també des del punt de vista dels que la viuen des de fora.

Danny Baker, escriptor del llibre *“Depression is a liar”* va formular la mateixa pregunta a través de la seva pàgina de Facebook amb l’intenció de que gent que hagués patit depressió pogués expressar amb poques paraules que era per a ells la depressió. Aquestes són algunes de les respostes rebudes;

*“La depressió és no imaginar cap futur i no tenir resposta per a cap dels problemes de la teva vida.”*

*“Quan tens depressió res et diverteix, res et fa somriure.”*

*“Sents que ets com un fantasma ... Que no ets part del món real.”*

*“És com ofegar-se, excepte que pots veure que tothom al teu voltant està respirant.”*

*“La depressió és silenci. És un aïllament total en una habitació plena de gent. És sentir l’estira-i-arronsa de la vida que et fa més petita cada dia.”*

*“El no-res”*

*“És un lladre ... t’ho treu tot i et deixa morir.”*

*“És una cosa més dolorosa que qualsevol dolor físic que hagi experimentat mai. I NINGÚ pot veure-ho.”*

Pensar en una malaltia tan complexa com la depressió sense haver-ne patit mai una, o bé no ser un professional és difícil, i es pot caure en la creença de

què la depressió es tracta només de tristesa en comptes d'una malaltia però; quan la tristesa s'allarga en el temps i afecta de manera molt significativa els àmbits de la teva vida es pot dir que ens comencem a trobar davant d'una depressió.

La depressió es tracta com un trastorn mental freqüent que es caracteritza per la presència de tristesa, pèrdua d'interès o plaer, sentiments de culpa o falta d'autoestima, trastorns del son o de la gana, sensació de cansament i falta de concentració.

La depressió pot arribar a fer-se crònica, si comença abans dels 21 anys i perdura molts anys i dificulta sensiblement l'acompliment en el treball o l'escola i la capacitat per afrontar la vida diària. En la seva forma més greu, pot conduir al suïcidi. Si és lleu, es pot tractar sense necessitat de medicaments, però quan té caràcter moderat o greu es poden necessitar medicaments i psicoteràpia professional.

Donada la importància d'aquesta malaltia, els milions de persones als quals afecta i els diferents punts de vista que podem trobar-hi, és important prestar atenció a les dues bandes de la depressió: la dels professionals, amics, família i la del propi pacient, que al cap i a la fi és qui més ho pateix.

Per altra banda, en l'àmbit més impersonal trobem moltes dades que ens fan pensar sobre els grans problemes que generen les malalties mentals. Segons declaracions de la Unió Europea, el conjunt dels trastorns mentals són la causa més freqüent de malaltia a Europa. Quatre de les sis malalties més freqüents causants de discapacitats són trastorns mentals, i la depressió constitueix la tercera causa a l'àmbit mundial, amb el 12,5%.

També trobem dades disponibles a Catalunya que ens diuen que 1 de cada 4 persones pot patir un trastorn mental al llarg de la seva vida. A més, els problemes d'ansietat i depressió figuren entre els principals trastorns crònics que pateixen les persones i constitueixen el segon problema de salut que més afecta la qualitat de vida, darrere del dolor crònic.

Tot i això, l'estigma social associat a les malalties mentals provoca que, fins i tot en els països desenvolupats com el nostre, més de la meitat de les persones que tenen una depressió no siguin diagnosticades ni tractades. La depressió no sols afecta les persones que la pateixen, sovint els familiars i amics també reben l'impacte de la malaltia.

A continuació veurem quins són els principals símptomes de la depressió.

### Símptomes de la depressió

La depressió provoca símptomes en les emocions, els pensaments, els comportaments i el propi cos. Aquests són els símptomes més freqüents de la malaltia però cal destacar que aquests varien depenent de la persona.

- **Símptomes emocionals (en els sentiments):** sentiments de tristesa, culpa, falta d'il·lusió, desesperança, tendència a plorar, incapacitat de gaudir de les coses (anhedonisme).
- **Símptomes cognitius (en els pensaments):** manca d'autoestima, sentiment de poca vàlua i inutilitat, incapacitat per a fer tasques habituals, visió negra del futur, pensaments de mort o fins i tot idees de suïcidi; sensació subjectiva de pèrdua de memòria: els pensaments es formulen més lentament.
- **Símptomes físics (en el cos):** trastorn del son, de la gana i de l'activitat física. Pel que fa al son, es poden tenir problemes per a dormir, o bé despertar-se de matinada, dormir malament o patir malsons. El trastorn alimentari normalment es presenta tenint menys ganes de menjar, i en alguna ocasió, en canvi, augmenta la gana en forma de bulímies (ingerir molta quantitat de menjar ràpidament i després treure-la). També acostuma a disminuir el desig sexual, i sovint apareixen mals de cap, d'esquena o d'estómac.
- **Símptomes conductuals (en el què fem):** abandonament de les tasques domèstiques i de vegades també de les laborals a causa de l'apatia, la manca d'iniciativa i la incapacitat de decidir.

## Tipus de depressió

A continuació explicaré els diferents tipus de depressió que trobem segons el seu origen i segons la seva gravetat i característiques.

### Depressió segons l'origen

Una primera classificació per a la depressió ve donada per l'origen d'aquesta, així es pot tractar de depressió endògena o exògena.

La **depressió endògena** és aquella que apareix sense cap motiu aparent, es dona en persones que presenten una predisposició biològica que els fa més vulnerables a presentar símptomes depressius. Les persones amb depressió endògena no saben per què se senten tristos. Aquest tipus de depressió s'acostuma a donar a causa d'una sèrie de canvis bioquímics dins del cos humà, d'aquí la seva naturalesa biològica. Hi ha casos en què les persones es veuen afectades per aquest trastorn des del naixement suposant alts nivells d'estrès.

Aquest és el cas de la Lana, ella igual que moltes altres persones amb depressió, no sap quin és el motiu pel qual va començar a tenir depressió. Recorda que va començar a trobar-se malament sense cap motiu, a deixar de voler fer coses perquè no li venien de gust però, com ja hem comentat abans, sense cap motiu. Aquest tipus de depressió apareix de forma silenciosa, amagada darrere d'una simple tristesa que a poc a poc es va convertint en una malaltia que de mica en mica et va consumint.

Per altra banda, trobem la **depressió exògena** que neix com a conseqüència d'un factor extern que pot ser per la pèrdua d'un ésser estimat, per problemes a la feina o de relació que desencadena una preocupació que, si persisteix durant un període de temps excessiu i l'individu no es recupera, ha de tractar-se. Aquesta depressió en molts casos és temporal i en rebre el tractament adequat la persona pot tornar a la normalitat.

A part de la classificació segons l'origen també trobem diferents tipus de depressió classificats segons la seva gravetat i els diferents factors que hi intervenen:

### **Depressió major**

Es defineix per la severitat i durada dels símptomes com la tristesa, la pèrdua d'interès per les coses, la fatiga, la disminució de la vitalitat, la disminució de l'atenció i concentració, la pèrdua de confiança en un mateix i els sentiments d'inferioritat, idees de culpa i de ser inútil, perspectiva fosca del futur, pensaments d'autoagressions o actes suïcides, trastorn del son o pèrdua de la gana. Pot aparèixer amb períodes de mania (llavors es defineix com a trastorn bipolar) i, de vegades, amb símptomes psicòtics, dels quals parlarem més endavant. En la depressió major és estrictament necessari tant el tractament psicològic com una medicació adequada.

La Lana pateix aquest tipus de depressió. Encara que va començar sent més lleugera, avui la gravetat de la seva malaltia la fa trobar dins d'aquesta classificació. Ella pateix diàriament la majoria d'aquests símptomes com l'aïllament, la falta de motivació per a fer qualsevol cosa i sobretot el saber que encara que tinguis un bon dia, igualment sents ganes de desaparèixer.

*“Penso que el pitjor és que encara que tinguis un bon dia et pots voler morir igualment, jo estic cada dia constantment pensant en morir i estic bé, per mi això és estar bé. Jo ara estic contenta però igualment penso en morir, cada dia hi penso.”*

*“Jo el que volia era estar a casa i que ningú em vingués a veure. Un dia vaig fer un dibuix que era la meva casa amb una bombolla al voltant perquè ningú entrés.”*

Veiem en les seves doloroses paraules la desesperació i la impotència de patir depressió.

## **La Distímia**

Les distímies són depressions més lleus pel que fa als símptomes, però que són cròniques: la depressió està present la major part del dia i en la majoria dels dies durant un mínim de dos anys, i afecta totes les esferes de la vida, tant les relacions amb les persones properes, com la feina i, òbviament, el benestar físic i psicològic de qui la pateix. Es manifesta sobretot amb símptomes com baixa autoestima, pessimisme, aïllament social i pèrdua d'interès i de capacitat de sentir plaer. Els qui la pateixen són persones introvertides, capficades en extrem, preocupades per la seva incapacitat i per la disminució del seu benestar físic i emocional. El risc de conducta suïcida en les distímies és superior al de la depressió major i afecten entre dues i tres vegades més a dones que a homes.

## **La depressió bipolar**

La depressió bipolar és un trastorn mental d'origen fonamentalment neurobiològic, hereditari i crònic, que es caracteritza per fases de depressió i per fases d'eufòria, una a continuació de l'altra. Entre totes dues situacions negatives hi ha intervals d'estabilitat, més o menys duradors. A les fases d'eufòria també se les anomena manies o fases maníacques. Per això la depressió bipolar també s'anomena trastorn maniacodepressiu. La depressió bipolar té en el seu origen un component més hereditari i per tant més biològic que la depressió sense fases eufòriques. No obstant això, no és un trastorn hereditari al cent per cent: es calcula que els fills tenen un 20% de possibilitats de desenvolupar la depressió bipolar que pateixi la mare. El risc creix si el pare també ha viscut aquest trastorn. Ara bé, en cas que el fill hereti la predisposició a la depressió bipolar, pot fer-ho en una forma i intensitat diferents. La transmissió hereditària també pot ser de pares a néts, i per tant saltar-se una generació. També hi influeixen, sobretot la primera vegada, factors psicològics i de l'entorn.

## Depressions les quals incorporen trastorns psicòtics

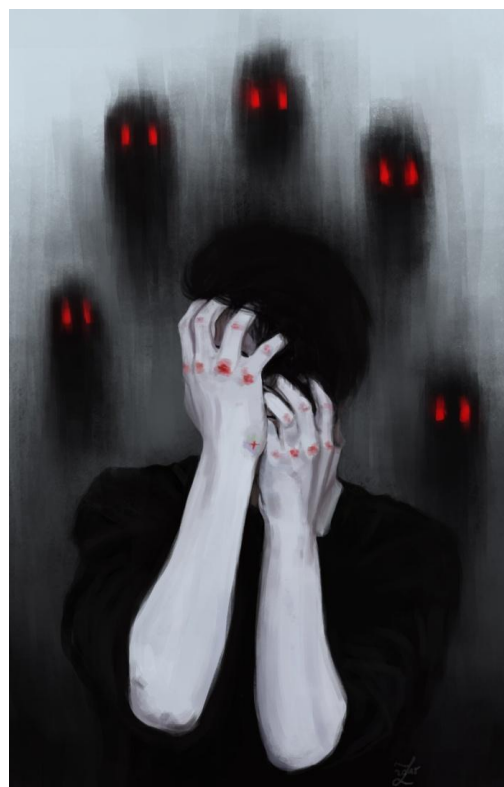
La psicosi representa una pèrdua de contacte amb la realitat mitjançant pensaments de ruïna, hipocondria o culpa, que poden tenir un vincle amb un estat d'ànim puntual, o bé no tenir-hi cap relació, ser incongruents amb l'estat d'ànim i la situació real personal i familiar del moment en què es produeix la psicosi. Per exemple, un malalt psicòtic és aquell que està convençut, encara que se li digui i demostrï el contrari, que s'ha quedat sense diners o que és el culpable de la mort d'algun dels seus amics. Les psicosis es poden materialitzar en deliris i al·lucinacions. La diferència entre un deliri i una al·lucinació és que en el deliri es pensen, es temen i es pateixen amenaces inexistents. I en l'al·lucinació no només es pensen, sinó que es veuen o s'escolten les amenaces, les persones o les veus com si fossin reals.

Avui, la Lana em parla sobre la seva experiència amb la psicosi. Ella m'explica que durant la seva depressió s'ha vist obligada a introduir en el seu tractament l'ús d'antipsicòtics, ja que de vegades ha tingut experiències relacionades amb al·lucinacions i deliris.

*“Quan era petita veia un llop que es transformava en la meva mare i després tornava a ser un llop i em vigilava des de la porta quan dormia”*

Ella em parla de com, en aquell moment, al ser petita sentia molta por però no pensava que es podria tractar d'algun trastorn psíquic sinó que pensava que tan sols era una cosa quelcom sobrenatural que li passava.

Ara, uns quants anys més gran ja no té aquest tipus d'al·lucinacions però sí que de vegades escolta una música, aquesta ja no li provoca por, sinó una altra evidència de que no es troba bé, una altra evidència de la seva malaltia.





## Causes de la depressió

En la depressió trobem un ampli ventall de possibles causes ja que la depressió es mostra de manera diferent en cada persona, de manera que les causes de la depressió estaran lligades a molts factors específics de cada persona.

### Factors bioquímics

D'igual manera que en molts altres trastorns psicològics, trobem una part que parteix d'una base biològica. En el cas de la depressió, l'estat d'ànim depèn en l'àmbit cerebral d'una sèrie de substàncies anomenades neurotransmissors <sup>1</sup> entre les quals trobem la serotonina, dopamina i la noradrenalina entre altres. Quan aquestes es troben en els nivells adequats, nosaltres ens trobem relativament estables anímicament, en canvi quan ens trobem en una depressió aquestes substàncies es troben en nivells baixos de manera que el nostre ànim va caient. Per a poder entendre el perquè d'aquesta caiguda de neurotransmissors primer cal conèixer que els neurotransmissors són segregats pel cervell en sentir plaer, per exemple podem segregar aquests en escoltar la nostra cançó preferida, quan sortim amb els amics o bé amb potenciadors més universals com el menjar o el sexe.

El problema en la depressió apareix en alguns dels principals símptomes d'aquesta. Quan una persona es troba depressiva, pateix una forta falta de motivació per a fer coses com sortir amb amics i realitzar diferents activitats que abans li resultaven plaents. A causa d'això, ens trobem que quan la persona s'obliga a sortir o bé es veu motivada a fer-ho, les activitats que abans li produïen plaer, ara la deixen indiferent, cosa que farà que cada cop la persona es trobi més inactiva i que per tant, hi hagi una pèrdua de segregació de neurotransmissors i com a conseqüència, la persona es trobi més depressiva.

---

<sup>1</sup> Neurotransmissor: biomolècula la qual permet la transmissió d'informació d'una neurona cap a una altra.

Un altre factor biològic que pot contribuir a generar una depressió és estar patint una malaltia física greu que comporti una reacció psicològica que acabi adoptant la forma de la depressió. En aquest cas, cal tractar alhora la malaltia física i la depressió, cadascuna amb el seu tractament específic. També pot donar-se el cas que una malaltia física generi reaccions fisiològiques que posin el cos en una situació més vulnerable enfront de la depressió. Llavors es recomana sobretot tractar la malaltia física o intentar canviar la medicació que es fa servir per a curar-la.

Les malalties que poden estar relacionades amb el desencadenament d'una depressió són fonamentalment l'alcoholisme (que també pot ser-ne una conseqüència, de la depressió), les malalties neurològiques, sobretot l'Alzheimer i el Parkinson, les malalties endocrines, especialment hipotiroïdisme<sup>2</sup> o hipertiroïdisme<sup>3</sup> i altres trastorns com l'ansietat. Cal subratllar que no és que aquestes malalties portin necessàriament a la depressió, sinó que són les que més relacionades hi estan.

### **Factors genètics**

Quan parlem sobre la genètica en la depressió es diu que la malaltia pot tenir un alt factor hereditari, no del cent per cent però sí molt significatiu. Tot i això, el factor hereditari de la depressió encara no ha estat demostrat, ja que al tractar-se d'una malaltia complexa el procés de detecció de gens influents és molt complicat. Però en quin percentatge de casos es creu que s'hereta la depressió? Es fa difícil de calcular, però es parla d'entre un 20 i un 40%. Dit d'una altra manera, es considera que els familiars de pacients amb depressió tenen tres vegades més possibilitats de patir-ne una que el conjunt de la resta. Això no vol dir que tots els individus que hereten els gens que poden predisposar a la malaltia acabin patint una depressió.

---

<sup>2</sup> Hipotiroïdisme: Malaltia endocrina característica per la acció inadequada de les hormones tiroïdals en l'organisme.

<sup>3</sup> Hipertiroïdisme: Malaltia caracteritzada per un trastorn metabòlic on el excés de funció de la glàndula tiroide comporta una hipersecreció d'hormones tiroïdals.

El desencadenament de la depressió respecte a l'herència pot ser a causa de motius genètics o bé perquè viure en una família on es pateix depressió genera unes condicions ambientals o psicològiques determinades que poden ser en si mateixes un factor estressant que pot precipitar a patir-ne una.

D'altra banda és important especificar que les tendències genètiques són congènites, és a dir, ja és des del naixement però pot sortir en qualsevol moment de la vida, molts cops la seva aparició és dona a causa de la unió dels factors genètics ja explicats amb els factors ambientals dels quals parlaré en el següent apartat.

En el cas de la Lana, ella té una forta predisposició genètica; el seu pare havia patit de jove depressions i d'igual manera el seu avi i tiet matern. Podem veure en aquest fet una gran evidència del caràcter hereditari de la depressió.

### **Factors ambientals**

Parlem de causes ambientals quan ens referim a tots aquells estímuls externs que influeixen en la persona i que poden actuar com a activadors de la depressió.

Situacions negatives, problemes familiars i / o laborals, poden desencadenar en depressió, especialment si la persona té un historial de dependència etílica o de consum de drogues.

L'escassa relació amb altres persones, tant com la dificultat de comunicar-se i l'aïllament són factors clau que potencien la probabilitat que un individu desenvolupi un quadre de depressió.

Durant una de les nostres xerrades, la Lana i jo parlem sobre situacions que ella creu que han ajudat al desenvolupament de la seva depressió. Primer de tot, em parla sobre com ella sempre ha estat una persona tímida i amb problemes per socialitzar-se.

*“Quan vaig començar a estar trista, em trobava en un moment en el qual em trobava molt sola, no tenia amics. Això em feia sentir que no tenia cap suport social, que ningú es preocuparia del que em passes. Sentia que no encaixava enlloc”*

Aquestes paraules ens fan pensar en el munt de situacions semblants que es donen sobretot en l'adolescència. L'assetjament escolar o l'aïllament social provoca que molts adolescents i fins i tot alguns nens puguin sentir falta de motivació per anar a l'escola, inseguretats o bé en casos més greus depressions, ansietat o altres trastorns mentals.

També amb les paraules de la Lana veiem el gran factor que juguen els amics i el sentir-se estimat en el dur procés d'aquesta malaltia.

### **Esdeveniments vitals en la depressió**

Set de cada deu episodis depressius estan precedits per esdeveniments vitals que la precipiten. Es tracta sobretot de fets que representen una pèrdua: separar-se, divorciar-se, quedar-se vidu o vídua, perdre inesperadament un familiar directe o una amistat, quedar-se sense feina, jubilar-se, o fins i tot perdre quelcom tan valuós com l'autoestima.

Els investigadors han concretat que entre aquestes pèrdues, les que provoquen una especial sensació d'impotència, falta d'horitzons de futur, frustració i, en definitiva, la sensació de sentir-se atrapat, són les que comporten més risc de desencadenar una depressió. I si, a sobre, qui pateix aquesta pèrdua té la sensació de no haver pogut controlar aquesta situació sobrevinguda, tot plegat pot ser suficient per a desenvolupar una depressió.

Uns altres fets de la vida que s'han de tenir en compte són els factors estressants crònics: la pobresa, una invalidesa física o matrimonis permanentment problemàtics. Són vivències que s'allarguen en el temps i que poden contribuir a fer que un esdeveniment vital negatiu tingui encara un impacte més fort del que tindria normalment.

Aquests esdeveniments poden ser també la causa d'una recaiguda. Sobre aquestes en parlarem més endavant.

## EL DIAGNÒSTIC CLÍNIC DE LA DEPRESSIÓ MAJOR

***“La depressió és com viure entre la boira tot el temps, en un món sense color ni rialles”***

- Testimoni anònim

Anar al metge és un gran pas, perquè la major part de les depressions es mantenen mudes, a casa. És a dir, no arriben mai a mans d'un metge de capçalera, d'un psiquiatre o d'un psicòleg. Sovint les persones que pateixen depressió no pensen que es pot tractar d'una malaltia mental, ja que les desconeixen totalment. Malgrat això, en el moment que la seva situació empitjora, es decideixen a buscar ajuda o alguna resposta a tot el que els passa. Llavors, és quan s'acudeix a professionals, on és dona el primer pas per a poder trobar quina de les moltes malalties mentals pateix el pacient. És quan es fa un diagnòstic clínic.

El diagnòstic s'ha de fer mitjançant una entrevista clínica i no basar-se únicament en qüestionaris. S'han d'emprar tècniques específiques, tant verbals com no verbals, a causa de l'existència de limitacions cognitives i de verbalitzacions, ja que molts pacients poden tenir dificultats per reconèixer alguns símptomes o per comunicar les seves idees i pensaments, el que podria impedir un correcte diagnòstic. Per completar l'avaluació psicopatològica, és imprescindible la informació aportada pels pares i per les persones del seu entorn.

Els criteris diagnòstics per a la depressió més utilitzats, tant a la clínica com en els estudis d'investigació, són la **Classificació Internacional de Malalties** (Trastorns mentals i del comportament, CIE-10) i la de l'**American Psychiatric Association** (DSM-IV-TR ). Aquesta guia de pràctica clínica assumeix la classificació i definicions de depressió recollides en desenes de revisions. Tant en la CIM-10 com en el DSM-IV-TR la gravetat dels episodis es basa en el nombre, tipus i intensitat dels símptomes i en el grau de deteriorament funcional.

La CIM-10 utilitza una llista de 10 símptomes depressius i divideix el quadre depressiu en lleu, moderat o greu (amb o sense símptomes psicòtics). En qualsevol d'aquests casos sempre han d'estar presents com a mínim dos dels tres símptomes considerats típics de la depressió: ànim depressiu, pèrdua d'interès i de la capacitat per gaudir i augment de la fatiga, i que la durada de l'episodi sigui d'almenys dues setmanes. Existeix una classificació multi axial dels trastorns mentals i del comportament per a nens i adolescents, basada en la CIM-1052<sup>4</sup>. Aquesta classificació s'organitza en sis eixos: els cinc primers són categories que apareixen a la CIE-10, encara que estructurats de forma diferent i de vegades es descriuen amb més detall. El sisè eix avalua de forma global la discapacitat i no està inclòs en la CIM-10. No obstant això, la seva inclusió en aquesta classificació es deu al fet que l'avaluació de la discapacitat ha estat reconeguda per l'OMS com a fonamental.

<b>A. Criteris generals per episodi depressiu</b> - L'episodi depressiu ha de durar un mínim dues setmanes - L'episodi no és atribuïble a abús de substàncies psicoactives o trastorn mental orgànic	
<b>B. Presència d'almenys dos dels següents símptomes:</b>	
<i>Adults</i>	<i>Nens i adolescents</i>
Humor depressiu d'un caràcter clarament anormal per al subjecte, present durant la major part del dia i gairebé tots els dies, que es modifica molt poc per les circumstàncies ambientals i que persisteix durant almenys dues setmanes.	L'estat d'ànim pot ser deprimat o irritable. Els nens petits o amb desenvolupament lingüístic o cognitiu immadur poden no ser capaços de descriure el seu estat d'ànim i presentar queixes físiques vagues, expressió facial trista o pobre comunicació visual. L'estat irritable pot mostrar-se com "pas a l'acte", comportament imprudent o atabalat o actituds o accions colèriques o hostils. En adolescents majors el trastorn d'ànim pot ser similar als adults.
Marcada pèrdua dels interessos o de la capacitat de gaudir d'activitats que anteriorment eren agradables.	La pèrdua d'interès pot ser en el joc o en les activitats escolars.
Manca de vitalitat o augment de la fatiga.	La manca de joc amb els companys, el rebuig del col·legi o freqüents absències al mateix poden ser símptomes de fatiga.
<b>C. Han d'estar presents un o més símptomes de la llista, perquè la suma total sigui almenys de quatre:</b>	

<sup>4</sup> CIM-1052: Classificació multiaxial dels trastorns psiquiàtrics en nens i adolescents

Pèrdua de confiança i estimació de si mateix i sentiments d'inferioritat.	Similar als adults
Retrets cap a si mateix desproporcionats i sentiments de culpa excessiva i inadequada.	Els nens poden presentar auto-desvalorització. La culpa excessiva o inadequada no sol estar present.
Pensaments recurrents de mort o suïcidi, o qualsevol conducta suïcida.	Indicis no verbals de conducta suïcida, inclosos comportaments de risc reiterats, de vegades a manera de joc i "gestos" autolesius (esgarrapades, talls, cremades, etc.).
Queixes o disminució de la capacitat de concentrar-se i de pensar, acompanyades de falta de decisió i vacil·lacions.	Els problemes amb l'atenció i concentració poden mostrar-se com problemes de conducta o escàs rendiment escolar.
Canvis d'activitat psicomotriu, amb agitació o inhibició.	Al costat del canvi en l'estat d'ànim pot observar-se comportament hiperactiu.
Alteracions del somni de qualsevol tipus.	Similar als adults.
Canvis de la gana (disminució o augment) amb la corresponent modificació del pes.	Els nens poden deixar de guanyar pes més que perdre-ho.
<b>D. Hi pot haver o no síndrome somàtic</b>	Els símptomes físics, com les queixes somàtiques, són particularment freqüents en nens.
<p><b>Episodi depressiu lleu</b> : són presents dos o tres símptomes del criteri B. La persona amb un episodi lleu probablement es troba apta per a continuar la majoria de les seves activitats.</p> <p><b>Episodi depressiu moderat</b> : són presents almenys dos símptomes del criteri B i símptomes del criteri C fins a sumar un mínim de 6 símptomes. La persona amb un episodi moderat probablement tindrà dificultats per continuar amb les seves activitats ordinàries.</p> <p><b>Episodi depressiu greu</b>: Ha d'haver 3 símptomes del criteri B i símptomes del criteri C amb un mínim de 8 símptomes. Les persones amb aquest tipus de depressió presenten símptomes marcats i angoixants, principalment la pèrdua d'autoestima i els sentiments de culpa i inutilitat. Són freqüents les idees i accions suïcides i es presenten símptomes somàtics importants. Poden aparèixer símptomes psicòtics com ara al·lucinacions, deliris o retard psicomotor. En aquest cas es denomina com a episodi depressiu greu amb símptomes psicòtics. Els fenòmens psicòtics com les al·lucinacions o el deliri poden ser congruents o no congruents amb l'estat d'ànim.</p>	

**Taula 1. Criteris de gravetat d'un episodi depressiu segons la CIM-10**

Com ja hem anomenat anteriorment, en les primeres sessions amb el pacient, a part de fer servir els diferents diagnòstics per a situar al pacient en un punt de gravetat, cal fer que a poc a poc la persona es pugui sentir còmoda amb la teràpia, ja que en un principi pot ser incòmode i fins i tot desagradable per a aquesta persona parlar sobre els seus sentiments de manera que cal establir a poc a poc una relació personal i de confiança.

Per a poder entendre millor com és dur a terme un diagnòstic en la depressió i com a poc a poc es va formant la relació psicòleg-pacient, vaig decidir fer una entrevista a la psicòloga de la Lana on sense entrar en el cas de la pacient per temes de confidencialitat vaig poder entendre millor com es du a terme un diagnòstic i com s'estableix confiança amb el malalt.

Respecte al diagnòstic, aquesta va ser la resposta de la Maria;

*“Quan es tracta de saber si una persona té una malaltia d'aquest tipus hi ha el manual de psicologia que és el DCM-V, que és el que fa servir tothom, ja que és una classificació internacional. Aquest és el que utilitzes, ja que és el que et serveix per justificar que hi ha una determinada malaltia. És com quan un metge et diu que tens colesterol, t'ho diu perquè hi ha un acord on a partir de 200 tens el colesterol alt”*

Aquest diagnòstic, com ja hem dit abans va acompanyat d'un seguit de preguntes personals per a poder entendre al pacient i així poder diagnosticar-lo i alhora anar establint una confiança amb ell.

*“El primer dia és una presa de contacte, i més o menys en les següents tres o quatre sessions fas un procés de diagnòstic per a entendre, conèixer, saber per què les persones són molt complexes . En psicologia primer fas unes visites on explores la persona des de la conversa o des d'uns tests de personalitat que també s'utilitzen. El tema d'establir confiança ve molt des del tarannà de cada professional, no hi ha una manera establerta. Sempre intentes estar obert, escoltar, no jutjar, ser empàtic, donar temps i espai a l'altre, ser respectuós... D'aquesta manera a poc a poc agafes confiança.”*

Ara, ens hem fixat en la part de la psicòloga, la Maria però ara anem a veure la mateixa situació des de l'altra banda, des del pacient, des de la Lana.

Ella primer, abans de parlar sobre el seu primer dia en una consulta psicològica em parla sobre el dia en què va arribar al seu límit; es va començar a auto lesionar, per a ella el dolor físic és preferible al dolor mental i d'aquesta manera el podia calmar durant una estona. Va arribar un moment on aquesta situació es va tornar insostenible i ella, que no sabia què li passava ni perquè es sentia



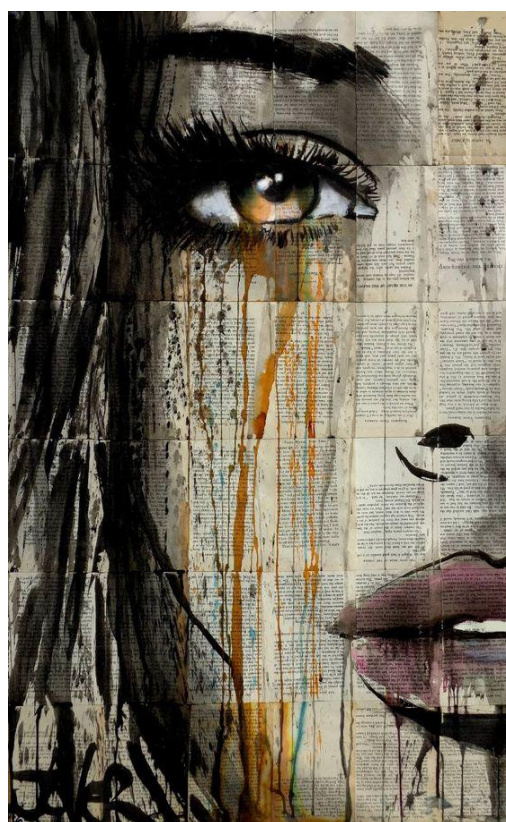
així va començar a buscar respostes; va fer el primer pas cap a una ajuda professional.

*“Un dia vaig anar al CAP del meu poble perquè m’havien de posar una vacuna, en un moment donat ens vam quedar a soles la metgessa i jo vaig aprofitar per parlar amb ella sobre el que em passava. Ella em va respondre que anés a un psicòleg, que allà em podrien ajudar. Vaig seguir les seves instruccions i li vaig demanar a la meva mare anar al psicòleg això sí, no li vaig dir el perquè”*

Ara que ja ens trobem en el punt de la primera sessió amb la psicòloga, la Lana m’explica que la recorda fugaçment. Recorda el tipus de preguntes de les quals hem parlat abans però el que més té present és com es va sentir en aquells moments.

*“Al principi no m’agradava anar-hi, em notavaangoixada i atacada perquè jo mai l’hi havia explicat a ningú res del que em passava ni del que sentia i de sobte ho havia d’explicar tot a una persona, que no coneixia i en la que havia de confiar. Em vaig sentir com si algú volgués envair la meva bombolla”*

Van ser al cap de 4 o 5 sessions quan a la Lana li van parlar sobre un primer diagnòstic; tendència a la depressió.



*“Em va fer sentir molt malament, allò només va fer més que confirmar el que jo ja pensava, alguna cosa no anava bé”*

Tot i que per a la Lana va ser difícil al principi assimilar la seva malaltia i aconseguir explicar els seus sentiments a la Maria, a poc a poc com ja hem vist en la declaració de la Maria es va anar creant una confiança l’una envers l’altra. Malgrat això i encara que la Lana sap que res del que li expliqui sortirà d’allà i que en cap moment serà jutjada, per a ella obrir-se del tot és impossible.

*“Amb les preguntes que et fa ella a poc a poc et va coneixent. Per exemple en comptes de dir aquella amiga teva diu l’Abril, i doncs això fa que agafis confiança perquè veus que està atenta i t’escolta. És potser amb la persona amb què més m’obro encara que no ho faig del tot.”*

En aquest apartat hem pogut veure des de diferents punts de vista com és el primer contacte d’un malalt amb l’ajuda professional, però com en el cas de la Lana i de la majoria de malalts, les sessions no acaben amb el diagnòstic sinó que porten al començament d’un tractament, el començament de la cura de la malaltia.

## EL TRACTAMENT EN LA DEPRESSIÓ

***“La depressió és una cosa més dolorosa que qualsevol dolor físic que hagi experimentat mai. I NINGÚ pot veure-ho”***

- Testimoni anònim

Quan parlem d'una depressió, trobem que la persona no la pot superar sense ajuda professional i és per això que el tractament en la depressió és un dels punts més importants per a superar-la. Malgrat això, el fet que la depressió sigui una de les malalties més diagnosticades segons els experts en les regions desenvolupades, fa que la depressió sigui un dels majors reptes per a la salut, ja que el risc d'aquesta malaltia es veu incrementat pel fet que gairebé la meitat de la població que pateix depressió no busca tractament o bé les seves condicions i mitjans no li permeten arribar a obtenir l'ajuda necessària, (Murray and Lopez 1990 “the global burden of disease”).

En la depressió, hi ha diferents tipus de tractaments, en cada un es treballen específics factors de la malaltia. Els tractaments comunament més utilitzats són els farmacològics i la psicoteràpia, depenent del pacient s'ajusta un tipus de teràpia específica, encara que en molts casos s'ha pogut comprovar que la combinació de més d'un tipus de teràpia sol ser una millor opció que la pràctica d'una sola.

Per a poder comprovar la resposta clínica al tractament trobem diferents escales on es recullen les intensitats dels símptomes depressius al llarg del temps en què el pacient rep el tractament. L'escala més utilitzada és la *Hamilton Depressive Rating Scale* (HDRS) que avalua quantitativament la gravetat dels símptomes del pacient i en la que es valoren els seus canvis en relació amb la informació obtinguda en les diferents sessions terapèutiques i altres informacions secundàries rebudes pel propi pacient o per altres fonts. Es considera que el pacient està millorant gràcies al tractament quan hi ha hagut una disminució d'un mínim del 50% en els diferents ítems de l'escala. Si el descens és entre un 25-49% es considera que hi ha hagut una resposta parcial

i si la disminució és de menys del 25% vol dir que no hi ha resposta al tractament per part del pacient.

Malgrat això, aquests fets se segueixen posant en dubte, ja que en les primeres setmanes de tractament, podem trobar que el pacient es pot trobar sota l'anomenat *efecte placebo* on el pacient sent una notable millora en els símptomes després de prendre algun tipus de medicament com un antidepressiu encara que aquesta millora no estaria lligada a una millora mèdica, o sinó al fet de creure que l'està prenent. En molts tractaments depressius es fan servir falsos medicaments, és a dir placebos, amb la finalitat de preparar al pacient per a la posterior medicació i que aquesta presenti una millor resposta.

A continuació, parlarem dels dos tipus de tractaments que trobem per a combatre la depressió; el tractament farmacològic i el no farmacològic.

## Tractament farmacològic

El tractament farmacològic és una de les vies més comunes per a combatre la depressió, ja que normalment els resultats en el pacient són notoris i beneficiosos.

Entre els diferents fàrmacs per a la depressió, trobem que uns dels més utilitzats són els antidepressius. Aquests varien segons l'edat del pacient i la seva situació, ja que cada cas té diferents problemes i s'ha de tractar de manera específica.

Entre ells trobem els inhibidors de la monoaminoxidasa (IMAO), els antidepressius tricíclics. (TCAs), els antidepressius duals (SNRIS) i els inhibidors selectius de la recaptació de la serotonina (ISRS).

### **inhibidors de la monoaminoxidasa (IMAOs)**

La monoaminoxidasa és un enzim mitocondrial present en nervis i altres llocs com el fetge.

Els inhibidors de la monoaminoxidasa van ser un dels primers antidepressius, però aquests han estat reemplaçats per altres de més eficaços i amb menys efectes secundaris, ja que amb aquests tipus d'antidepressiu, per exemple, s'han d'evitar aliments com la xocolata o el formatge perquè poden causar una pressió arterial perillosament alta.

Els antidepressius com els inhibidors de la monoaminoxidasa ajuden a alleujar la depressió a l'influir en els missatgers de les substàncies químiques (neurotransmissors) utilitzats per comunicar entre les cèl·lules del cervell.

L'enzim monoaminoxidasa es localitza en els botons terminals<sup>5</sup> dels axons<sup>6</sup> de les neurones monoaminérgicas<sup>7</sup>. La seva funció consisteix a eliminar els neurotransmissors com noradrenalina, serotonina i dopamina per evitar que

---

<sup>5</sup> Botons terminals : part extrema de l'axó que es divideix per a produir una serie de terminals que formen sinapsis amb altres neurones o cèl·lules musculars o de glàndules.

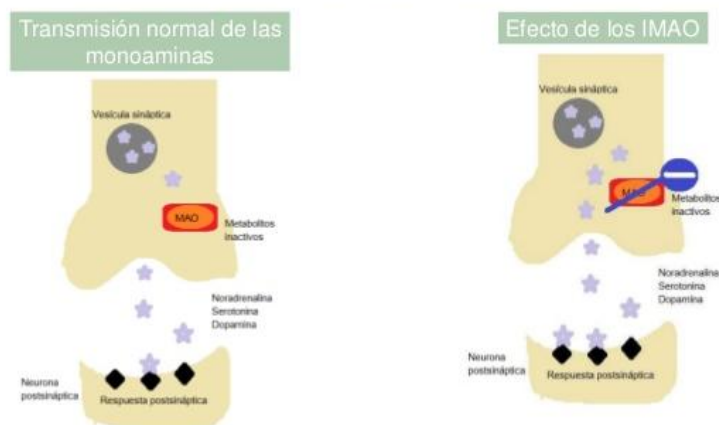
<sup>6</sup> Axons: prolongació de les neurones especialitzades en conduir l'impuls nerviós des del cos cel·lular d'una neurona a una altra.

<sup>7</sup> Neurones monoaminérgicas: neurones que utilitzen com a neurotransmisors la noradrenalina, la serotonina o la dopamina.

s'acumulin en excés. D'aquest enzim, en trobem de dos tipus; els A i els B. El primer és l'encarregat de la metabolització de la serotonina i de la noradrenalina, molt rellevants en els símptomes de la depressió i els B s'encarreguen de l'eliminació de la dopamina associada a altres trastorns com el Parkinson.

Els IMAO redueixen l'activitat d'aquest enzim, i en conseqüència augmenten els nivells de monoamines<sup>8</sup>. Es pensa que això millora l'estat d'ànim en millorar la comunicació de les cèl·lules cerebrals.

## Inhibidores de la monoaminoxidasa



**Figura 1. Imatge inhibidors de la monoaminoxidasa**

### Antidepressius tricíclics (TCAs)

Els antidepressius tricíclics es troben entre els primers antidepressius en produir-se. Són efectius, però, en general, s'han reemplaçat per antidepressius que causen menys efectes secundaris. No obstant això, els antidepressius tricíclics són una bona opció per a algunes persones. En certs casos, alleugen la depressió quan altres tractaments han fracassat.

Igual que succeeix amb la majoria dels antidepressius, els TCAs inhibeixen la recaptació de noradrenalina, de serotonina, i en menor quantitat, de dopamina. Ho fa a través del bloqueig dels seus transportadors presinàptics. En interrompre la recaptació d'aquests neurotransmissors es produeix un augment d'aquests en el cervell.

<sup>8</sup> Monoamines: Tipus de neurotransmissor que conté un grup amino.

Els antidepressius tricíclics també afecten altres missatgers químics, la qual cosa pot provocar un gran nombre d'efectes secundaris.

### **Antidepressius duals (SNRIS)**

Habitualment aquests antidepressius són inhibidors duals de la recaptació de serotonina i noradrenalina encara que en alguns casos també poden actuar com a inhibidors de la dopamina.

Els SNRIS bloquegen l'absorció dels neurotransmissors serotonina i noradrenalina en el cervell.

Un exemple d'aquest tipus d'antidepressiu és la duloxetina i la venlafaxina.

### **Inhibidors selectius de la recaptació de la serotonina (ISRS)**

Els ISRS no van aparèixer al mercat fins als anys 80 i en un principi aquests antidepressius van ser creats amb la intenció de disminuir els efectes col·laterals que presentaven antidepressius com els IMAO o els tricíclics.

Per a poder entendre aquest antidepressiu primer hem de saber que quan les neurones es comuniquen entre elles, la neurona presinàptica (l'emissora de substàncies químiques que l'altra rebrà) allibera neurotransmissors a l'espai sinàptic, els quals són recollits pels receptors de la neurona postsinàptica. En el cas dels circuits de la serotonina, les neurones utilitzen aquest neurotransmissor per comunicar-se. Una neurona allibera serotonina a l'espai i l'altra la recull, entenent que s'ha d'activar.

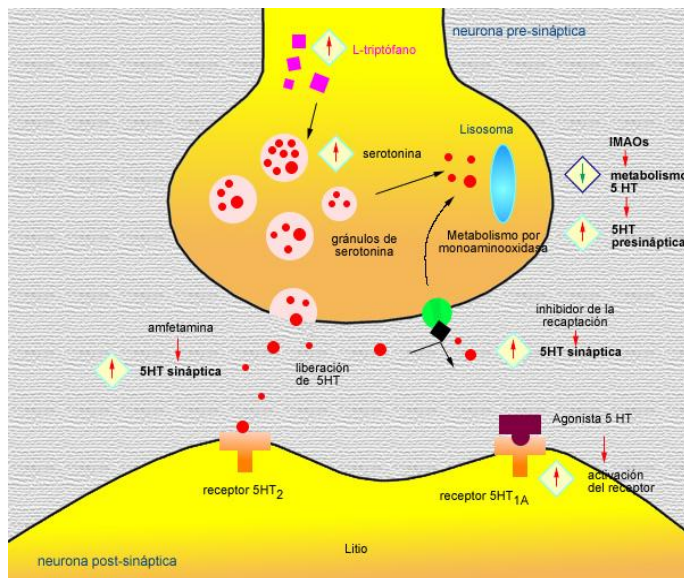
El que passa és que no tots els neurotransmissors són rebuts i de vegades queden flotant en l'espai intersinàptic<sup>9</sup>. Hi ha unes bombes que s'encarreguen de fer la neteja d'aquest neurotransmissor que sobren i tornar-los a la neurona presinàptica.

---

<sup>9</sup> Espai intersinàptic: espai extracel·lular que divideix les dues neurones i impedeix la prolongació directa de l'impuls nerviós.



Els ISRS són els encarregats de bloquejar les bombes de recaptació i permetre que s'acumuli més serotonina en l'espai. Les neurones postsinàptiques, com perceben que la concentració de serotonina en l'espai és més gran i hi ha més neurotransmissor disponible, comencen a disminuir el nombre de receptors perquè ja no creuen necessitar tants. La neurona relaxa la seva estricta norma de no alliberar res, i comença a deixar anar serotonina i a activar la resta de neurones del circuit.



**Figura 2. Sistema d'acció dels inhibidors de la serotonina**

Dins dels ISRS trobem que n'hi ha de diferents tipus. Cada un dels fàrmacs utilitza un principi actiu diferent que tindrà una dosi terapèutica concreta. A més, ja que cada principi actiu actua sobre receptors de la serotonina diferents, els seus efectes secundaris també seran diferents. És aquesta relació entre l'eficàcia, la seguretat i la tolerància del fàrmac la qual defineix si és preferible fer-ne l'ús d'un o altre.

Entre els ISRS més comercialitzats es troben la fluoxetina, l'escitalopra, la fluvoxamina, la paroxetina i la sertralina.

<sup>10</sup> Neurones postsinàptics: neurones les quals reben l'impuls nerviós.



Normalment els primers a ser receptats són els ISRS encara que se'n poden receptar d'altres si aquests no funcionen o no s'adapten a les necessitats del pacient.

En el cas de la prescripció d'antidepressius en nens i adolescents, aquesta és més limitada, ja que trobem que el recomanable és no utilitzar-ne si és possible perquè aquests poden afectar de manera negativa i fins hi tot incrementar els pensaments suïcides del pacient.

En els casos on es imprescindible, els més recomanats per a menors de 18 anys són els ISRS en especial la fluoxetina perquè en aquests els efectes secundaris i els riscos són menors

Com ja hem dit abans, el tractament tan farmacològic com el no farmacològic és específic per a cada pacient i es va augmentant o disminuint segons les necessitats d'aquest.

En la primera sessió amb la Lana parlem sobre l'evolució del tractament farmacològic que ha rebut al llarg de la seva depressió.

En un principi, quan la seva depressió encara era lleu només prenia una pastilla al dia; la fluoxetina que com ja hem dit abans es tracta d'un dels antidepressius més utilitzats en infants i adolescents.

Un temps després, en augmentar el nivell de gravetat de la seva depressió va haver de començar a prendre més dosis d'aquest antidepressiu. Tot i l'augment de la dosi en aquest moment la Lana encara rebia poc tractament. Un temps més tard va introduir a la fluoxetina una pastilla anomenada lexatin per a tractar l'ansietat que com ja hem explicat abans, va desenvolupar a causa de la malaltia. També temporalment va prendre pastilles per dormir donat el fort insomni que patia com a efecte secundari de les altres pastilles. A aquesta llarga llista de medicació diària se li va afegir un antipsicòtic donades les experiències amb deliris i al·lucinacions que ha patit la Lana. En resum, actualment la Lana pren dos antidepressius, una pastilla per l'ansietat i un antipsicòtic, aquestes fan un total de 4 pastilles diàries i deixen com a conseqüència una llarga llista d'efectes secundaris dels quals parlarem a continuació.

## Efectes secundaris dels diferents tipus d'antidepressiu

Els efectes secundaris dels antidepressius és un dels majors problemes que tenen aquests, i per tant un inconvenient del qual s'estan fent nombrosos estudis per a intentar que de mica en mica es vagin reduint.

En la següent taula es poden veure els diferents efectes secundaris principals i més característics de la depressió segons el tipus d'antidepressiu i també segons l'edat del pacient.

TIPUS D'ANTIDEPRESSIUS	TACs	IMAOs	SNRIS	ISRS
<b>MAJORS DE 18 ANYS</b>	-sedació -retenció urinària -augment de pes -visió borrosa -problemes de memòria -marejos -elevat potencial addictiu	-insomni -confusió mental -augment de pes - hipertensió -excitabilitat -ansietat -disfunció sexual	- marejos -nàusees i vòmits -sedació -alteracions gastrointestinals -alteracions sexuals -arrítmies -idees suïcides	-visió borrosa -insomni -somnolència -nàusees i vòmits -boca seca -agitació -marejos -disfunció sexual -dolors de cap
<b>MENORS DE 18 ANYS</b>	No són recomanables per a menors	No són recomanables per a menors	No són recomanables per a menors	-marejos -ansietat -irritabilitat -conductes agressives -idees suïcides -des realització

**Taula 2. Efectes secundaris en diferents antidepressius**

Seguim parlant amb la Lana sobre el tractament i arribem al gran inconvenient de prendre antidepressius i altres pastilles relacionades amb la depressió; els efectes secundaris.

Donat l'alt consum de medicaments que ha de prendre, pateix nombrosos efectes secundaris.

*“Per mi un dels pitjors efectes secundaris és la des realització, sents com si estiguessis dins d’una pel·lícula, saps que esta passant la vida però sents que tu no ets allà. També guanyes molt pes, tens nàusees, dorms molt o dorms poc, depèn del dia... Si et vols curar de depressió has de sacrificar moltes altres coses. “*

Per a ella, aquests són dels pitjors efectes secundaris que pateix per culpa dels antidepressius, però ha de conviure amb més o menys intensitat amb la majoria dels presents a la taula.

## Tractament no farmacològic

Dins de la depressió, trobem que el tractament no farmacològic és el primer tipus de tractament que reben els pacients donat que aquest no és acompanyat del tractament farmacològic fins que la malaltia empitjora. En aquest tipus de tractament trobem teràpies individuals, en grup i altres suports psicològics específics per a cada pacient i les seves necessitats

La **psicoteràpia**, és el tractament que té com a objectiu el canvi de sentiments, pensaments i conductes per a una millora emocional i mental. La psicoteràpia la podem enfocar de diferents maneres com amb la teràpia cognitiva-conductual (TCC) tan individual com en grup, la teràpia interpersonal i la teràpia psicodinàmica entre d'altres. Aquestes són donades per especialistes i varien segons el pacient.

### Teràpia cognitiva-conductual

La teràpia cognitiva-conductual té com a principi fonamental la resolució dels problemes actuals i amb això atenuar els símptomes mitjançant la intervenció de cognicions per poder modificar comportaments (Yapko, 2006). En aquest model terapèutic es consideren dos elements primordials d'intervenció, el primer fa referència a les cognicions o pensaments i el segon a les conductes que s'originen a partir de creences irracionals.

D'acord amb Beck (1983), aquest model terapèutic manifesta com a suposat teòric que *"els efectes i la conducta que té un individu, estan en gran mesura determinats per la manera en què s'estructura el món"*. Això vol dir que la TCC se centra en l'atenció de les cognicions, identificades com a elements bàsics d'intervenció, a causa que els pensaments són enfortits per aquelles actituds que s'han après al llarg de les experiències prèvies que ha tingut el pacient, i que han estat elaborades correctament i incorrectament; arribant així a formar i reforçar els comportaments que realitza la persona en el seu entorn.

Donada l'atenció terapèutica sota aquest model a la presència d'alteracions, es comença per la intervenció dels errors o de les distorsions cognitives que elabora el propi pacient i que desencadenen actituds, emocions i

comportaments que el desequilibren emocionalment, generant així la presència de trastorns de l'estat d'ànim i de la personalitat (Beck, 1983).

En aquest tipus de teràpia és important que el pacient estigui disposat a parlar sobre els seus sentiments i a analitzar-los per esbrinar el problema i poder arribar a resoldre'l.

### **Teràpia interpersonal**

Per a fins pràctics, la TIP es concentra en les connexions entre patologia i context psicosocial; atorga més importància al present que al passat, examinant les relacions personals del pacient en l'actualitat i intentant intervenir en la formació de símptomes i en la disfunció social associada al present episodi depressiu o d'una altra índole.

En aquesta psicoteràpia la paraula "psicosocial" es refereix principalment als diferents rols exercits per un pacient i les seves interaccions ambientals. D'acord amb la TIP, els diferents rols i relacions es poden veure alterats amb sobrecàrregues emocionals o laborals, conflictes i pèrdues. Els conflictes tendeixen a produir angoixa i les pèrdues, depressió. Usualment les pèrdues a tractar en psicoteràpia interpersonal són dol, divorci o atur. En la TIP s'assumeix que l'aparició del trastorn ja modifica el context psicosocial i interpersonal del pacient.

Una de les característiques principals de la TIP resideix en el seu fàcil accés a tota forma d'avaluació empírica. Això és possible en totes les psicoteràpies estandarditzades breus, on l'ús de qüestionaris, escales i inventaris ens ha permès assolir major objectivitat diagnòstica i terapèutica. Així mateix, considerada la seva estructura, la TIP pot homologar-se a les psicoteràpies de suport que utilitza un psiquiatre general; només requereix que es defineixin prèviament la seva estructura, els seus continguts i el seu ritme d'aplicació.

## Teràpia psicodinàmica

La teràpia Psicodinàmica o orientació psicodinàmica és un enfocament terapèutic que recull el treball de totes les teràpies analítiques. Aquesta es basa en la teoria del funcionament psicològic de Freud. L'objectiu de la teràpia psicodinàmica és portar la ment inconscient a la consciència i ajudar els individus a entendre els seus veritables sentiments per tal de resoldre'ls.

Es considera que el nostre inconscient s'arrela a sentiments i records dolorosos, que són massa difícils perquè la ment conscient els pugui processar. Per tal d'assegurar que aquests records i experiències no surtin a la superfície, molta gent desenvolupa defenses, com ara la negació. D'acord amb la Teràpia Psicodinàmica, aquestes defenses solen ser les que fan més mal.

Els terapeutes psicodinàmics mantenen una relació d'igualtat amb el seu pacient, adoptant l'actitud d'acceptació incondicional i amb l'objectiu de desenvolupar una relació de confiança. Això anima al client a obrir i explorar qüestions sense resoldre i els conflictes ocults en el seu inconscient que estan afectant el seu estat d'ànim i el comportament.

En el camp de la psicoteràpia també existeixen altres tipus de teràpies que no són individuals com ara la teràpia familiar.

Es creu que les relacions afectives entre familiars i les diferents conductes entre aquestes tenen una gran relació amb el desenvolupament de la depressió i el recorregut d'aquesta de manera que és important la intervenció no només individual, sinó familiar. D'aquesta intervenció i del paper de la família en parlarem més endavant.

També trobem moltes teràpies en grup on els diferents pacients comparteixen els seus sentiments i vivències amb altres persones que es troben en una



situació semblant a la seva. D'aquesta manera es milloren les relacions interpersonals .

La psicoteràpia és el mètode utilitzat per la Maria, la psicòloga de la Lana.

*“Jo faig una atenció des del que es coneix com una línia psicodinàmica que vol dir entendre no només els símptomes, sinó que tenen a veure aquests amb la història, amb la part conscient, amb l'inconscient, amb les fantasies, amb els neguits... Llavors aborda de manera més profunda.”*

Amb aquest tipus de teràpia, la Lana, com ja hem dit abans obre al màxim els seus sentiments, això fa que els pugui entendre millor i es pugui fer una teràpia més profunda.

## CONSEQÜÈNCIES DE LA DEPRESSIÓ

### ***“La depressió és el no-res”***

- Testimoni anònim

Al llarg de tot aquest treball hem pogut veure els diferents tipus de depressió, els seus símptomes, les seves causes i tot el relacionat amb el seu tractament però ara bé, que comporta tenir depressió? Quines conseqüències té? Aquestes preguntes les podrem resoldre en aquest apartat on veurem en detall tot el que la Lana ha perdut per culpa de la malaltia i ens endinsarem una mica més en la depressió.

### **La depressió; un lladre que t’ho treu tot i et deixa morir**

En una de les frases anomenades en l'experiment de Danny Baker trobem descrita la depressió com a un lladre, bé doncs aquest és el tema del qual parlem la Lana i jo; tot el que la depressió li ha pres.

*“Vaig deixar l’institut, sentia que era impossible, no podia fer les coses. Al matí no em podia aixecar, no em podia vestir, no podia fer la feina, no podia agafar el bus, l’únic que podia era estar al llit.”*

Primer de tot la Lana m’explica com va haver de deixar d’anar a l’institut, per a ella aquesta activitat es va convertir en un impossible, i temps després malgrat començar una nova etapa de la seva educació, i començar a estudiar allò que sempre havia volgut, va haver de deixar-ho, no va poder continuar. La pressió social d’haver de conèixer nous amics, el fet de sentir que cada dia era un repte aixecar-se del llit i la malaltia que patia poc a poc la portava a una altra recaiguda. Tots aquests fets van fer que per segon cop la Lana renunciés a aprendre el que tantes vegades havia somiat.

La següent situació és totalment contrària a l’anterior; abans parlàvem dels estudis, de la por a la falta de suport social, ara parlarem del plaer de sortir amb els seus amics, un plaer que de mica en mica va ser robat per la depressió.



*“Molts dies no vaig amb ells o estic més callada. Sempre estic fent servir una màscara perquè si no em quedaria a casa directament o estaria asseguda allà escoltant música i fent les meves coses, encara que hi ha moments que no ho pots evitar i senzillament has d'estar sola, però de vegades si fas això molt sovint et diuen coses com que no ho intentes, que no vols millorar però jo estic sempre esforçant-me molt per millorar.”*

Abans segurament la Lana no s'hagués pensat dos cops fer algun pla divertit amb els seus amics, ara tot i que sempre que pot els fa, ha de fer un esforç, i hi ha dies que simplement m'explica que no pot o bé no vol, perquè el que abans li podia semblar una activitat divertida ara li suposa un esforç, també una mentida, un estic bé quan probablement l'únic que vol és anar a la seva habitació i estar sola.



La pèrdua de motivació de la Lana és un dels fets que més va notar la Berta, la seva mare, en la seva filla al patir depressió.

*“Depenent del període en que es troba, quan està més malament no té motivació per a res, es pot passar el dia tancada a l'habitació sense fer res. A llarg termini també es perden moltes coses que tocarien a la seva edat i que pel fet de tenir depressió no les fa, per exemple sortir, fer esport, quedar...”*

Més endavant, en l'apartat de la depressió a casa, parlarem sobre els sentiments i percepcions de la Berta davant de la depressió.

Si seguim parlant de plaer amb la Lana, probablement arribarem a la que era abans una de les seves passions; les motos. De fet, va ser gràcies a aquesta afició compartida el que ens va portar a començar a ser amigues, al principi

només dues conegudes que comentaven curses. Mai hauria pensat que això ens portaria a ser tan amigues, ni molt menys a mi a fer aquest treball.

L'adrenalina, la velocitat i la descàrrega d'energia eren potser unes de les raons per les quals sentia des de petita tanta passió per les motos. Avui ja deu fer un any que es va vendre la seva moto, i molt més temps des que va perdre la motivació per aquesta, com quelcom que li havia agradat tant s'havia convertit només en un record? En aquest cas la resposta és senzilla; un altre cop havia actuat la depressió, aquest cop prenent-li a la Lana una de les seves fonts de plaer més grans.

Per altra banda, la depressió no només li pren coses, sinó que també li causa efectes que a poc a poc van fent el seu dia a dia més complicat. Una d'aquestes és l'ansietat, la Lana no n'havia patit mai però un cop va avançar va desenvolupar una ansietat que actualment ha de tractar amb pastilles donada la seva gravetat.

*“Normalment l'ansietat ve per por a alguna cosa però a mi em ve perquè sí. Per exemple ara podem estar aquí parlant i puc començar a tenir un atac d'ansietat però normalment em passa quan començo a pensar en coses que em fan mal, de vegades em passa quan estic amb els amics i sento que necessito marxar, que em costa respirar, que no puc parlar. També em passa quan estic amb molta gent o estic nerviosa. Amb l'ansietat hi ha moments extrems on sents que estàs a punt de morir, sents la teva pròpia mort perquè no pots respirar i tu mateixa creus que t'estàs morint, si en aquell moment estàs escoltant música és com si aquesta es comencés a distorsionar.”*

Ens trobem davant d'un altre fet que fa que moltes de situacions del dia a dia per ella siguin tan difícils. Ens trobem davant d'un altre dels grans efectes que li produeix la seva malaltia, un més, dels molts que hem anomenat, que ens fan comprendre que la depressió no és només un estat de tristesa, sinó molt més.

La depressió comporta tantes coses que en molts casos els malalts no ho poden superar, no poden continuar i es deixen morir. A continuació parlarem sobre la conseqüència més devastadora de la depressió, la mort, el suïcidi.

## El suïcidi i la depressió

Ara abordarem un dels punts més delicats, del treball, el moment en què la Lana va arribar al seu límit, el dia en què la seva malaltia la va superar i va fer el pas que tant temps l'havia estat temptat però que ella havia negat.

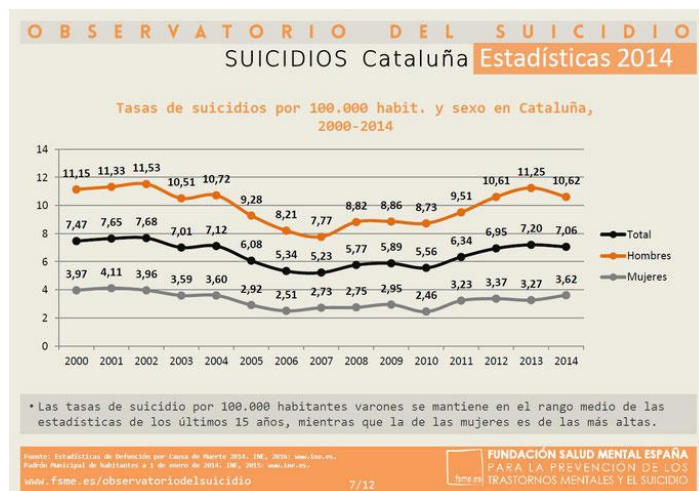
En altres ocasions, la Lana ja s'havia trobat en situacions límit però en aquest cas havia demanat ajuda professional per a prevenir-ho.

*“He estat tres cops ingressada per prevenció de suïcidi. Tots els cops han estat pel meu compte, ja que sentia que estava en el meu límit i si continuava sola a casa intentaria alguna cosa. Quan arribes al teu propi límit és quelcom irreal, la realitat se'n va i pots tenir alguna al·lucinació auditiva o visual. Et vols morir fins al nivell que ho pots fer tu mateixa, si et talles no et fa mal, la música et consumeix. És un: vaig a l'hospital o em deixo morir.”*

Podem veure el dolor en les seves paraules, paraules cansades del bucle que és la depressió, paraules cansades d'haver de renunciar a tot allò que abans li agradava, paraules cansades de lluitar cada dia contra les seves ganes de morir.

A continuació, abans de parlar sobre les vivències de la Lana sobre el suïcidi, veurem les alarmants xifres registrades a Catalunya.

El suïcidi en la depressió és un risc real i present, especialment en les depressions més greus. Un 15% de les persones que pateixen una depressió s'intenta treure la vida. Un de cada set afectats per un trastorn bipolar se suïcida. Segons dades del 2016, a Catalunya es van produir 510 suïcidis oficials dels quals 355 van ser homes i 155 dones, en total a Espanya es van produir 3.569 suïcidis. Respecte al conjunt de la població, la xifra representa un percentatge bastant baix en comparació amb altres països europeus.



**Gràfica 1. Estadística de suïcidis a Catalunya fins l'any a 2014**

Cal també tenir en compte que alguns suïcidis queden amagats sota l'aparença d'accidents. O bé ningú no s'adona de la realitat de la mort, o bé es tapa perquè a tots ens incomoda haver d'explicar que hem perdut un ésser estimat. També és cert que en molts intents de suïcidi hi ha una part de crit d'alerta i de desesperació i que, conscientment o inconscientment, sovint es deixa un rastre o una porta oberta per no perdre la vida.

Un cop vistes les xifres i saber que aquestes són altament alarmants, passem a veure la part personal, a veure com és el moment on una persona arriba al seu límit.

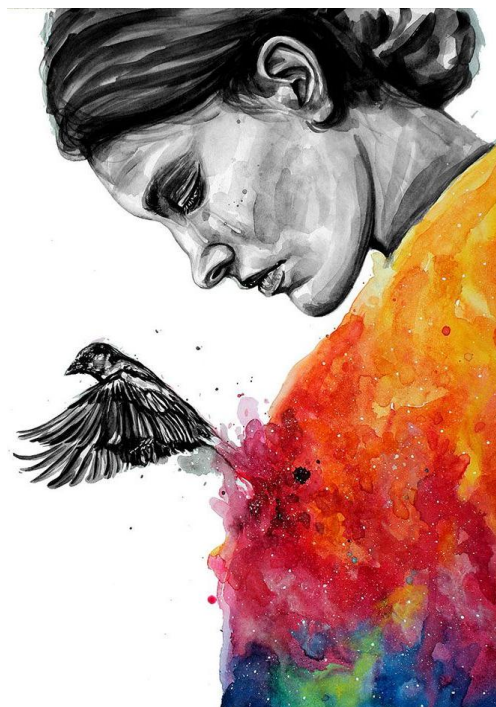
*“Vaig fer el pas prenent-me pastilles per dormir amb alcohol però després em vaig adonar del que estava fent. No me’n vaig penedir perquè m’era igual si moria però vaig decidir donar-me una oportunitat i vaig demanar ajuda.”*

*“No ho tenia planejat, vaig començar a agafar les pastilles. No tenia control, jo veia com feia les coses però no pensava, estava fora de control. Vaig demanar ajuda però després me’n vaig penedir.”*

Així de simples i directes són les seves paraules quan parlem sobre el tan polèmic tema del suïcidi. Ella confessa no recordar pràcticament res d'aquell dia.

Encara que la Lana va donar el pas, hi va haver un moment en què va decidir demanar ajuda, en què va decidir donar-se una altra oportunitat. La trucada la vaig rebre jo i una amiga nostra. Al principi no volia dir el que havia fet, una part

d'ella no estava segura del tot en demanar ajuda, sabia que en el moment en què digués que s'havia pres deu pastilles no hi hauria retorn, nosaltres buscaríem totes les vies per arribar fins a ella. I així va ser, finalment totes les alertes es van encendre i totes les incògnites sobre si algun dia la Lana podria arribar a suïcidar-se van arribar; la resposta clarament va ser afirmativa.



Tot i que per sort la Lana va poder ser atesa a urgències, va estar en perill durant tota l'estona, per a ella encara quedava l'esperança de morir perquè, com hem vist en les declaracions anteriors, se'n va penedir de la trucada.

Segurament va ser aquell dia, el moment en què la vaig veure en aquell estat que vaig comprendre després de 3 anys d'amistat el que era arribar al límit, el que era per a ella viure amb aquesta malaltia, l'esforç diari per sobreviure i també que havia de fer alguna cosa per a poder entendre-la millor. Probablement és per aquell precís moment que em trobo aquí redactant aquest treball, però sobretot vaig comprendre aquell dia que la Lana és una de les persones més fortes i a una de les que més admiro perquè tot i aquestes paraules ella segueix lluitant contra la depressió cada dia.

Aquesta situació va produir un neguit constant, sobretot per part de la seva família, que no sabia ni sap en quin moment es pot tornar a donar aquesta realitat. A continuació trobem les paraules de la Berta, la mare de la Lana, la persona a qui més va afectar segurament l'intent de suïcidi de la Lana.

*“Em va afectar moltíssim perquè ella sempre quan estava malament havia demanat ajuda tot i que no havia arribat a dir que era perquè es pensava fer mal encara que quan arribàvem a urgències sí que ho explicava als metges i clar això et fa estar alerta però clar aquell dia no ens ho esperàvem i ho va fer.*

*Així que perds una mica la seguretat de què quan està malament t'ho diu i doncs encara tens més por. Ara estic molt més alerta perquè aquell dia no hi va haver res que em fes pensar que ho podria fer, i fins i tot ella potser tampoc ho pensava, només ho va fer. Això et dóna la inseguretat de pensar que en qualsevol moment ho pot tornar a fer.”*

A continuació, en el següent apartat veurem amb més profunditat quin és el rol de la família davant la depressió i com és per a ells viure amb aquesta malaltia.



## LA DEPRESSIÓ A CASA

***“La depressió és silenci. És un aïllament total en una habitació plena de gent. És sentir l'estira-i-arrotonsa de la vida que et fa més petita cada dia.”***

- Testimoni anònim

Per a poder ajudar a un familiar amb depressió, primer cal entendre que pateix aquesta malaltia; i després, assumir-ho. Sembla evident, però ni una cosa ni l'altre són gens fàcils. Per això, la Maria, la psicòloga, m'explica l'important que és guiar als familiars per fer front a la malaltia.

*“És imprescindible, totes les persones que viuen amb algú amb depressió per a poder ajudar-lo han de poder saber què passa, per què passa, què necessiten, quan s'han de posar fermes, quan han de cedir, quan hi ha un signe d'alarma que ens fa pensar que hi ha una recaiguda més gran del normal... Els pacients necessiten suport i ajuda i les persones del voltant també perquè es troben molt desorientades.”*

Arran d'aquestes paraules podem veure com és d'important el paper de la família, en aquest cas, veurem com ha viscut la malaltia la seva mare, la Lana viu amb ella i la seva germana i segurament són les úniques persones que han vist totes les etapes de la depressió de la Lana.

*“Vaig veure una mica de canvi però pensava que era pel seu caràcter que s'estava accentuant al créixer. Ella és introvertida, tímida, li costa relacionar-se i doncs, això es va veure més quan va començar a tenir símptomes de depressió. Jo el que vaig notar va ser que entre Setmana Santa i final de curs hi havia dies que deia que no es trobava bé, que no podia anar a classe i això es repetia molt i amb diferents motius que al final ja em feia sospitar que realment es trobava malament físicament o bé no volia anar a classe per algun motiu, fins que un dia em va dir que li passava alguna cosa de manera que havíem d'anar a un professional.”*

Aquí veiem com des de fora, la seva mare va poder veure com la Lana començava a trobar-se malament, es trobava davant del principi de la malaltia.

Més endavant la Lana va rebre l'ajuda de la Maria, que com hem vist abans li va diagnosticar depressió lleu, la Berta m'explica com per a ella això va ser com un gerro d'aigua freda, no s'ho esperava i va comprendre que la depressió es tractava d'una malaltia greu.

El temps va anar avançant i d'igual manera la depressió de la Lana, que va empitjorar i va fer alterar totalment el seu dia a dia de la Berta.

*“Sobretot des de que va empitjorar ha afectat més el meu dia a dia, ja que hem hagut d'anar moltes vegades a urgències. Hi va haver el seu intent de suïcidi i clar això et condiciona la vida perquè només penso en ella, en què estarà fent. Condiciona la vida de tots els que estem al seu voltant perquè sempre intentem fer coses que a ella li puguin agradar i fer que estigui contenta en aquell moment. “*

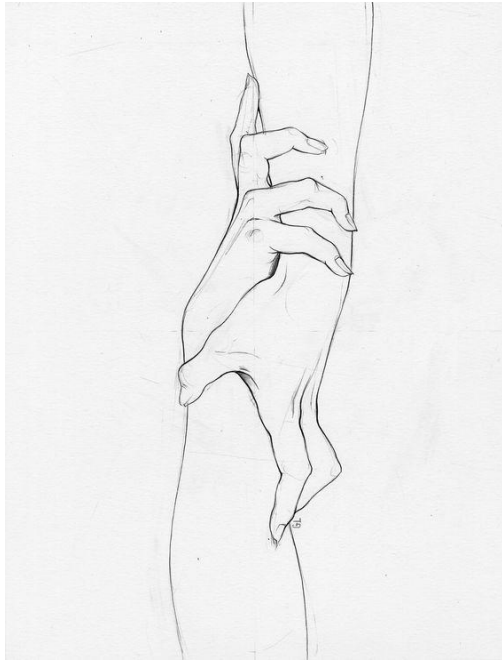
La Berta m'explica com ella es troba en constant preocupació per la seva filla. Mai havia pensat, malgrat que el seu pare i el seu germà havien patit una, que la depressió es podria tractar d'una malaltia tan devastadora. Ella veu com la Lana lluita cada dia per fer-li front i ella, sempre es troba recolzant-la i preparada per a ajudar-la en tot el que sigui necessari.

*“Estic al seu costat i li demostro que per tot el que necessiti estic aquí, però tampoc no vull forçar-la molt perquè ella ja vol millorar, si jo la forço més, ella se sent encara més frustrada. Intento estar al seu costat, li proposo fer coses...”*

La Lana sempre ha estat introvertida, per això és d'esperar que li costi o bé no li agradi parlar sobre el tema amb la seva família però això no significa que no sàpiga que estan al seu costat tot el temps.

*“Ells m'ajuden des de l'ombra perquè jo mai vull parlar amb ells del tema i doncs jo sé que ells van fent coses i ho fan tot per mi.”*





ella ja no es trobaria aquí.

Veiem en aquesta curta frase com malgrat que a la Lana no li agrada parlar sobre la seva malaltia amb la seva família, ells la coneixen molt i en tot moment pensen en ajudar-la a millorar. Una altra cosa que la Lana té clara és que la seva mare deu patir molt cada cop que marxa i la deixa sola perquè com m'explica, ni ella mateixa sap si aquell dia es pot tornar a repetir, però sí que sap que la seva família sempre estarà fent-li costat i que probablement si no tingués aquest suport,

En aquest apartar hem pogut veure com és d'important per als malalts de depressió sentir-se estimats i ajudats per la seva família per a poder seguir esforçant-se, per a seguir endavant.

## LES RECAIGUDES EN LA DEPRESSIÓ I LA SEVA PREVENCIÓ

**“Hi ha ferides que mai es veuen al cos que són més profundes i doloroses que qualsevol altra que sagní”**

-Laurell K. Hamilton.

En primer lloc, cal distingir entre recaigudes i recurrències. S'anomena recaiguda a la davallada que es produeix quan s'està encara en fases de recuperació d'una depressió. En canvi, una depressió recurrent és aquella que provoca que després de la recuperació total d'un episodi, el pacient torni a caure passats dos mesos, dos anys o deu anys. Cada reaparició de la depressió s'anomena una recidiva.

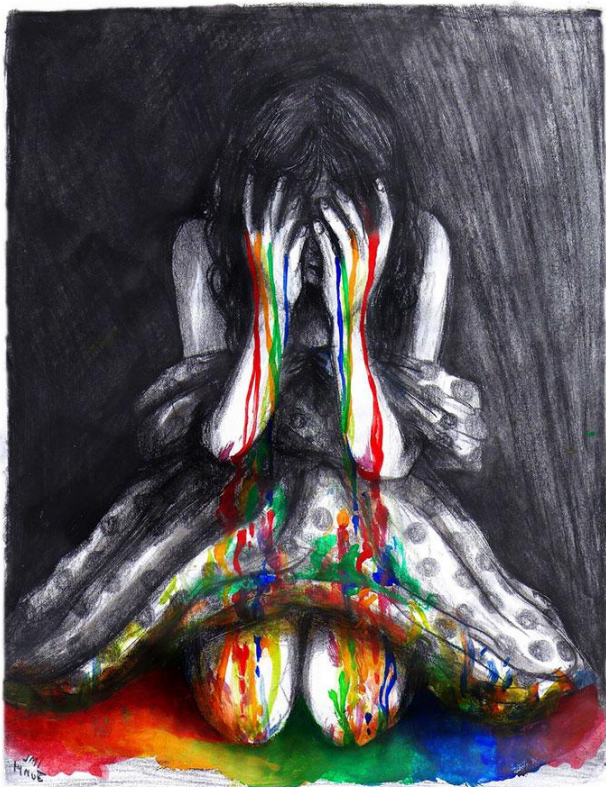
Les probabilitats de què algú que hagi patit un episodi depressiu tingui una recidiva o un trastorn recurrent són altes, i d'entrada poden desanimar: qui pateix una depressió té el 50% de possibilitats de recaure durant els dos anys següents. Els episodis únics de depressió són minoritaris, sobretot en depressions endògenes. A mesura que es produeix una recurrència es tenen més probabilitats de patir-ne una altra més endavant, i cada vegada es produeixen més seguides en el temps, o el que és el mateix, amb períodes més curts entre depressió i depressió.

La Lana ha patit tant recaigudes com recurrències. Les recaigudes les pateix més freqüentment donat que fa un llarg temps que no es troba en procés de millora i durant aquest, hi ha molts dies que es troba pràcticament al límit i necessita anar a l'hospital. Aquestes ocasions les anomenariem recaigudes. Ella m'explica que hi ha cops on es troba pitjor progressivament fins que necessita buscar ajuda, però en canvi hi ha recaigudes que no l'avisen, no nota cap símptoma i de sobte un dia es troba més trista i al seu límit.

La Berta, en canvi, sí que nota coses que l'avisen d'una possible recaiguda en la Lana.

*“Ella no ho diu, però ja veus que es tanca, que passa més temps sola a l'habitació, dorm més... Desconnecta una mica de la realitat, vol estar sola i de mica en mica veus que es va aïllant més. També li noto en l'expressió de la cara. Tot i això, quan en aquests moments li pregunto si es troba malament, ella em diu que no, però jo li noto. Finalment un dia ve i em diu: estic malament portam al metge.”*

Podem veure amb les paraules de la Berta com ella uns dies abans d'una recaiguda de la Lana ja es troba en alerta. En aquestes circumstàncies ella intenta motivar-la però en moments tan durs com aquests el màxim que pot fer és estar al seu costat i a la seva disposició en tot moment.



Per altra banda trobem les recurrències. En el cas de la Lana, n'ha patit una. Després de pràcticament un any i mig de depressió, a la Lana li van donar l'alta, van considerar que ja havia superat la depressió i podria tornar a la seva vida normal. Ella es tornava a trobar bé, a tenir més motivació i semblava que tot ja havia passat a un record. Potser va ser aquest el fet que va fer que en cap moment es parlés d'un pla de prevenció de recaigudes amb la

psicòloga, ja que pensaven que la Lana no tornaria a patir depressió. Malauradament aquest no va ser el cas i la Lana pocs mesos després va tornar a caure en la malaltia. Tot i que en aquest tipus de malaltia les recurrències són molt freqüents la Lana considera que hi va haver un clar esdeveniment que va provocar la seva recurrència.

La Lana en parla com si no en volgués pensar gaire, auto protegint-se del record que tant de mal li ha fet. *“És com si el meu cervell tractés de cancel·lar*

*tots els sentiments i records d'aquell moment*" Aquest moment que tant vol oblidar es tracta de la ruptura amb la seva parella. Ella recorda la seva relació com un dels pilars més forts de la seva vida en aquell moment, recorda aferrar-s'hi tant que en el moment on aquesta es va trencar va sentir un pes a sobre d'ella que no la deixava continuar, que no la deixava sortir del llit. Aquest considera la Lana que va ser un esdeveniment que la va fer recaure un altre cop i del que li ha costat molt superar-ho i seguir endavant.

La Lana recorda sentir molta desesperació en aquell moment, sentia que tot havia tornat a la normalitat, es trobava feliç amb la seva relació i de sobte tot va tornar, va sentir impotència, ràbia i molta tristesa. Per segona vegada havia de tornar a començar amb el tractament, amb les teràpies. Un altre cop va tornar a sentir el que és tenir depressió però aquest cop molt més devastadora que la primera.

Davant d'aquests fets, com explica la Maria, trobem diversos factors que ajuden a prevenir les recurrències i recaigudes:

*"En general l'entorn ajuda molt, si una persona està bé amb els estudis, a la feina, amb la parella, es troba bé de salut... Tot això són factors de protecció que protegeixen del fet que hi hagin més recaigudes o si n'hi ha que siguin més lleus. Un pla de prevenció per a que no n'hi hagi és molt individual."*

Veiem com els factors ambientals poden influir tant de manera positiva com negativa. En el cas de millorar-la parlem de factors de protecció o de cura. En la Lana aquests factors són actualment el suport de la seva família, els seus amics, els seus actuals estudis en disseny gràfic i la música, la qual és una de les seves grans motivacions. Tots aquests factors ajuden a la Lana en el seu dia a dia i també a fer més lleugera la seva depressió per a poder superar-la i no patir més recurrències.

## L'ESTIGMA EN LA DEPRESSIÓ

***“La depressió és una presó en la qual ets tant el presoner com el cruel carceller”***

- Dorthy Rowe

La depressió, igual que la major part de malalties mentals, es troba envoltada per un fort estigma. En *el Libro verde de la salud mental en Europa (2005)* veiem com els malalts han de fer front a la por i prejudicis dels altres, amb freqüència basats en una concepció distorsionada del que són les malalties mentals.

Existeixen diferents definicions a l'hora de parlar d'estigma però la més utilitzada és la de Goffman (1963) que considera l'estigma com un atribut profundament menyspreador, el qual degrada i rebaixa a la persona portadora d'aquests. D'una manera molt general i d'acord amb els models psicosocials, l'estigma es posa en manifest en tres aspectes del comportament social. Primer trobem els estereotips, en els quals s'inclouen estructures de coneixement cregudes per la major part de membres de la societat. Es tractaria d'un acord generalitzat sobre les característiques d'un determinat grup de persones. Això si, malgrat que la persona tingui coneixement sobre aquests estereotips no té per que implicar que estigui d'acord amb ells ni que els apliqui. Quan es dona el cas on aquests si que s'apliquen, i s'experimenten reaccions emocionals negatives, trobem que s'estan fent servir els prejudicis socials, que es posen en manifest en forma d'actituds i valoracions que en molts casos poden donar lloc a discriminacions.



En el cas de les malalties mentals, diverses investigacions han mostrat com en les societats occidentals els estereotips solen incloure informació referent a la seva violència, la seva debilitat de caràcter, la seva incompetència per a fer feines bàsiques i falta de control. En aquest sentit trobem com els mitjans de comunicació social també tenen un gran impacte en el manteniment de l'estigmatització al ser els difusors de diferents tendències socials.

Quan s'activen els prejudicis, aquestes creences poden donar lloc a reaccions de por, desconfiança... i al seu torn poden desencadenar diferents formes de discriminació. En tots els casos, els processos d'estigmatització posen a les persones en situacions d'exclusió social que dificulten la seva integració social i poden desencadenar altres riscos psicològics com l'autoestigma.

Els prejudicis en molts casos afecten el malalt fins al punt que ells els assumeixen com a veritables i perden la confiança en la seva recuperació i en les seves capacitats per portar una vida normal. Estereotips i prejudicis acaben per instal·lar-se en la persona, que assumeix aquestes actituds marginadores i s'autodiscriminen. Es generen així reaccions emocionals negatives, es perd la sensació de domini sobre la seva situació personal, la persona se sent incapaç de buscar feina o viure de forma independent, i és possible que ni tan sols ho intenti. Això li pot portar a fracassar en el seu tractament, i rebutjar més la malaltia mental que els familiars o el personal dels serveis de salut mental que l'atén.

*“En el cas que el malalt rebi molts comentaris despectius de la gent del seu entorn, pot provocar un sentiment de culpabilitat perquè en un principi el malalt ja s’ho pensa, la part de la culpa en la persona que té una malaltia mental té un pes molt important i primer s’ha de fer un treball perquè a que entengui que no se n’ha de sentir culpable, però clar, al final si molta gent li diu doncs sí que es pensa que potser ell no fa el suficient, el que passa és que ells no poden.”*

Aquestes són les paraules de la Maria que com a psicòloga ha d'ajudar a pacients com la Lana per a superar l'autoestigma. En el seu cas ella no té un fort autoestigma perquè malgrat que molts comentaris li fan pensar que no fa el



suficient per a millorar, ella sap del cert que no és veritat donat que posa tot el seu esforç per a poder fer tot el que fa.



Aquest és un dibuix fet  
per ella, per la Lana .

Podem veure dues parts diferenciades en ell: una part exterior amb comentaris que la gent li diu i una part dins de la bombolla on es veuen reflectits els

seus sentiments i els dimonis de la depressió que la fan voler morir.

En la part exterior podem veure comentaris com; “ *mai has provat estar contenta?*” “*somriu*”, “*si volguessis, podries ser feliç*”, “*no entenc perquè estàs trista*”, “ *no ho intentes suficient*”, ... La Lana ha de fer front a tots aquests comentaris que posen en dubte el seu esforç diari per a superar la malaltia.

*“Em fa ràbia perquè si jo no volgués, potser ja no estaria aquí, la gent sempre es pensa que no m’esforço, que per mi és fàcil fer les coses que fa tothom i això em fa mal.”*

Veiem en les seves paraules com aquests comentaris la fan sentir malament i incompresa. També podem veure com l'existència d'aquestes creences ve donada per la general ignorància cap a les malalties mentals i en aquest cas la depressió. A continuació, trobem l'opinió de la Maria sobre aquest tema;

*“Els mateixos pacients t’ho diuen; doncs la meua parella em diu que surti, que no em tanqui a l’habitació i culpabilitzen, en el cas de la depressió al pacient de per què no ho fa, però clar és com si a mi em diuen agafa un autobús i condueix-lo, i jo amb prou feines se conduir un cotxe, com he de saber conduir un autobús? Als malalts se’ls hi demana coses impossibles per a ells, i a part com que no es veu i la gent no ho entén sobretot en les depressions, s’exigeix als malalts com si fos culpa d’ells com si no s’esforcessin i això costa molt d’entendre, per això faig molt treball amb la família, per a que entenquin que*

*està passant i poder comprendre-ho. En les malalties físiques la gent compren de seguida que per exemple amb una persona en cadira de rodes no li pot dir que camini, doncs en la depressió passa el mateix però s'ha d'aconseguir que la gent ho entengui.”*

Tornem a trobar el factor de fer entendre a la gent la importància de les malalties mentals i saber tractar-les bé.

D'aquesta manera veiem com l'estigma no només afecta el malalt, sinó que també ho fa en professionals encarregats de tractar-los i en els familiars com veurem seguidament amb la Berta.

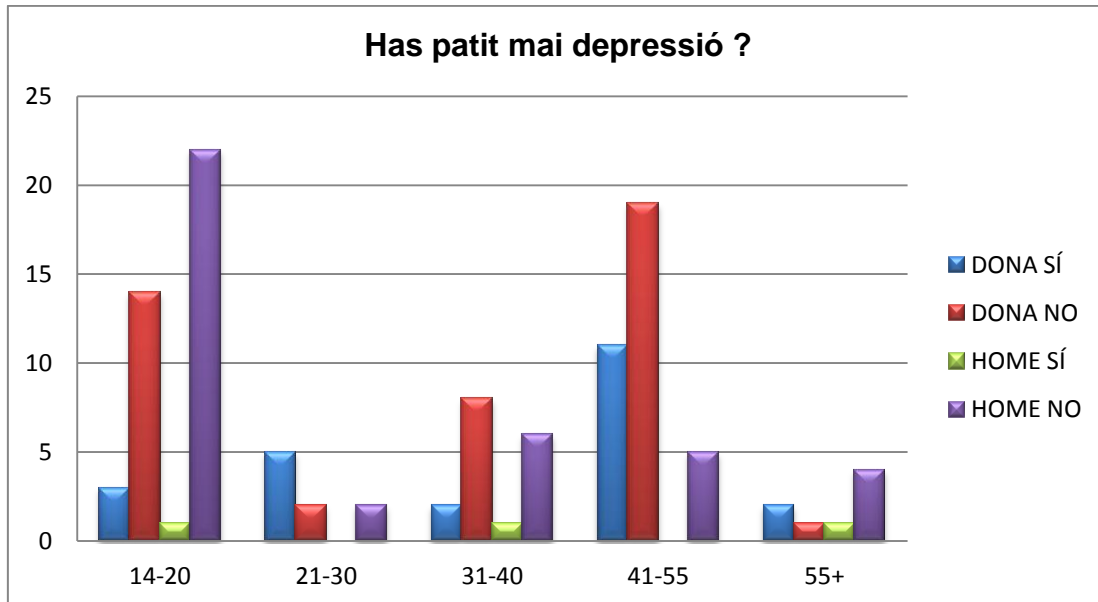
*“Fa molta ràbia i afecta molt. Hi ha molts comentaris o bromes d'aquest tipus com és un tarat o és un “depre”, es fan sense valorar el que pot arribar a ser la depressió. Fins i tot en el cercle d'amics escolto comentaris com aquest ha d'anar al psiquiàtric, això afecta i també et condiciona al què no ho expliquis gaire, no ho comentes com si és tractes d'una altra malaltia. Dir que es tracta d'una depressió costa més perquè et dona la sensació que algú pot pensar que esta boja”.*

Es repeteixen els sentiments; ràbia, tristesa... La Berta també es troba afectada pels prejudicis que envolten la depressió i en molts casos, com ha dit, no explica la malaltia per por a una reacció dolenta cap a la seva filla. Segons professionals, l'ocultament de la malaltia provoca que molta informació sobre la malaltia no arribi a la població general de manera que el desconeixement pot afectar en el desenvolupament de nous centres i per tant en les probabilitats de millora dels malalts.

Fins ara hem vist quin és el concepte d'estigma i com afecta aquest en la Lana i la seva família. A continuació, veurem la tendència a l'estigmatització en la depressió en una enquesta realitzada per mi a persones anònimes més grans de 14 anys.



Primerament, per a poder analitzar els diferents punts de vista, vaig diferenciar les persones que havien patit algun cop la malaltia dels que no i aquests van ser els resultats.



**Gràfic 2.**

Es fa evident en les dades com en totes les franges d'edat predomina la malaltia en les dones, sobretot entre els 41 i els 55 anys on més de la meitat de les dones diuen haver-ne patit al llarg de la seva vida.

Considerant aquestes dades podem tractar la primera pregunta de l'enquesta; Que creus que és la depressió? Trobem una gran varietat de respostes per a aquesta pregunta, primer de tot veurem algunes de les escrites per persones les quals no havien patit mai depressió i que en molts casos no coneixien tampoc a ningú que n'hagués patit, és a dir, no havien tingut mai cap contacte amb la malaltia.

*“Persona que no té ànims per la vida.”*

*“Estar trist, no lluitar per viure.”*

*“Persona dèbil que no pot superar els problemes per si sola.”*

*“Estrès mental.”*

*“Falta de seguretat i autoestima.”*

*“Una cosa que la gent s’ha inventat.”*

*“Estat d'ànim lamentable.”*

*“No estar satisfet amb la teva vida i no veure totes les coses bones que t'envolten.”*

En totes aquestes respostes es pot veure la ignorància cap a la depressió al no presentar-la com a malaltia. També veiem comentaris com els que hem comentat abans on es fa referència al poc ànim dels malalts per viure i millorar. Per últim podem veure prejudicis com dèbils en les respostes. Tot i això en molts casos, trobem que en les respostes de persones que mai han patit depressió, es fa referència a la malaltia mental.

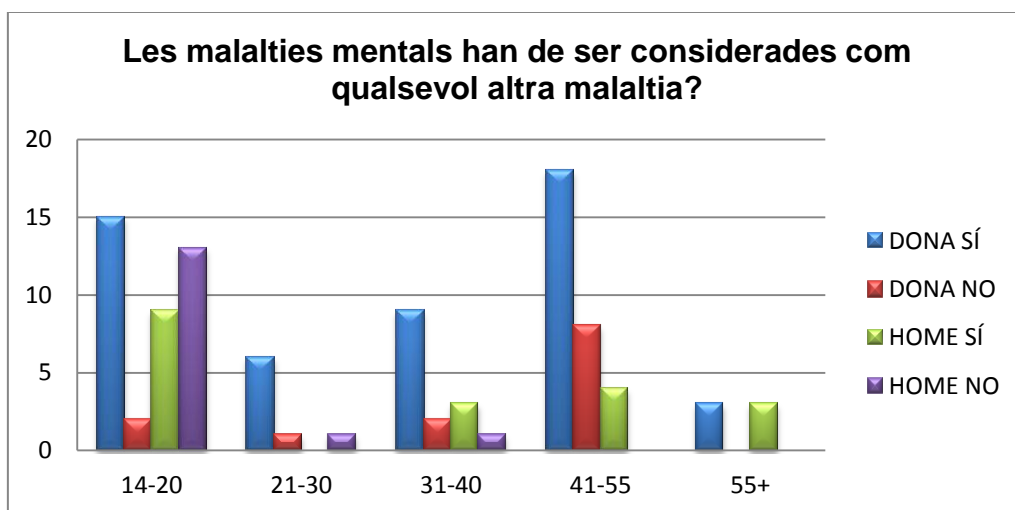
Per altra banda trobem respostes realitzades per persones que o bé n'han patit o han tingut algun tipus de contacte amb la malaltia.

*“Malaltia que prové d'un estat d'ànim de tristor mantingut durant el temps”*

*“Malaltia mental”*

*“Malaltia mental genètica o fruit d'una etapa de tristesa”*

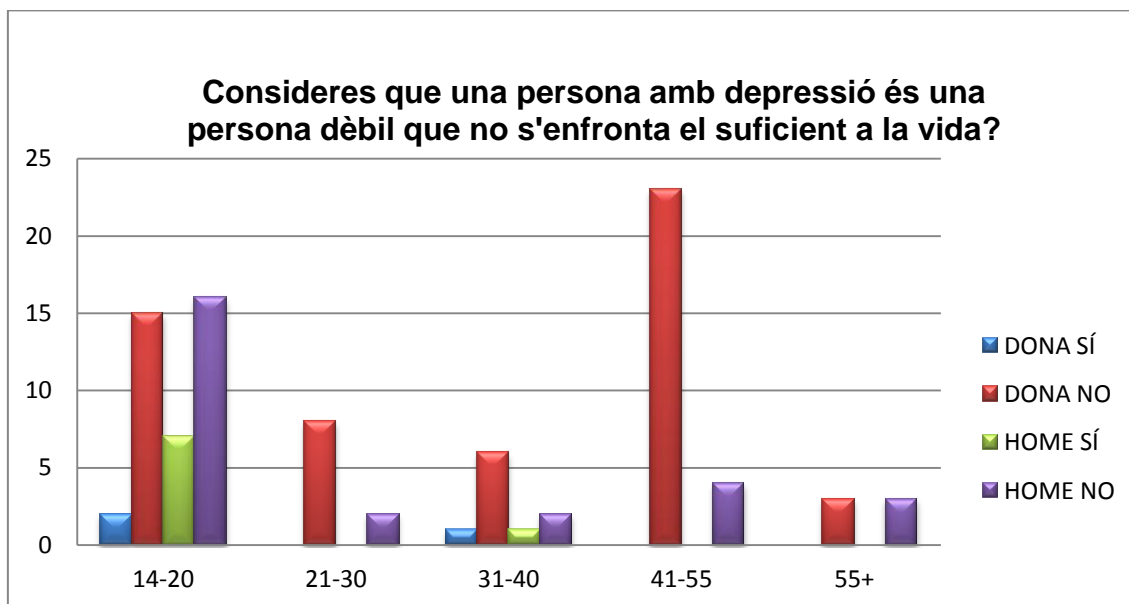
Aquestes respostes són característiques per l'ús de la paraula malaltia per a definir la depressió. Aquest és un fet molt important perquè per a moltes persones, com veurem seguidament, la depressió no és una malaltia o bé no la consideren tan important com altres malalties.



**Gràfic 3.**

En aquest cas veiem com les respostes no són del tot bones. En la franja dels 14-20 anys trobem que en el cas dels homes la gran majoria va votar que no hauria de ser considerada com altres malalties. També entre els 41-55 anys veiem com una gran quantitat de dones van votar també que no. En la resta de franges les respostes són més bones però tot i això en l'anterior resposta vam veure com a l'hora de descriure la depressió, la gran majoria no va fer servir la paraula malaltia.

En la següent pregunta tornem a parlar sobre l'estereotip que situa els malalts com a persones dèbils.



**Gràfic 4.**

En el gràfic podem veure un altre cop com la presència d'aquesta creença es torna a donar sobretot en nois d'entre 14 i 20 anys. Aquest punt es important, ja que creure que els malalts és tracten de persones dèbils pot causar un aïllament social cap a la persona i acabar en problemes d'assetjament escolar o bé pot provocar problemes de confiança en el malalt.

Les últimes respostes de l'enquesta veiem que donen resultats positius. En preguntar sobre la creença de què els malalts mentals estan bojos, només un 2% de les 101 persones van respondre que sí, de manera que veient els resultats es pot veure com en aquest àmbit no existeix una forta

estigmatització, tot i que en la parla es segueix fent servir la paraula boig per a parlar sobre ells.

Amb totes aquestes dades podem pensar que l'estigmatització cap a les malalties mentals ja no és tan gran, sobretot si es parla de depressió, però el problema més gran segueix encara vigent. Les persones no tenen els suficients coneixements per a saber com tractar-la i aquest és el incentiu més gran de l'estigma. El desconeixement crea una sèrie d'idees errònies sobre les malalties mentals de manera que la millor manera per a disminuir l'estigma és informar a la població sobre aquest tipus de malalties i donar-li la importància que mereixen en afectar, com ja hem vist al llarg del treball, de manera devastadora en les persones que les pateixen.

## LA RECERCA DE LA FELICITAT

***“La felicitat no es consolida si no passa abans per la tristesa”***

-Mario Benedetti

Segons l'Institut d'Estudis Catalans, la definició de “felicitat” és: “Estat de l'ànim plenament satisfet.”

Al llarg del treball hem vist molts cops com l'estat d'ànim de la Lana, en patir depressió, és normalment decaigut i podem dir, fent referència a la frase anterior, que és insatisfet. Malgrat això, durant tot el treball, amb les seves vivències i sentiments hem pogut veure com la Lana es troba en constant recerca de la felicitat.

Tota recerca de la felicitat comença amb petites motivacions. A l'inici del treball, en una de les meves primeres xerrades amb la Lana, ella m'explica com sentia la necessitat de trobar una motivació, una motivació que a poc a poc li portés la felicitat. Doncs bé, la Lana podríem dir que, actualment, tot i continuar en estat greu, es troba buscant motivacions que l'ajudin en la seva recerca.

Avui dia, la Lana ha trobat petites coses que la fan molt feliç: una és cantar i compondre i l'altre és el disseny gràfic. La Lana és tota una artista i de mica en mica va aprenent i creixent més. Aquestes motivacions i l'estima dels seus amics i familiars són les que l'ajuden a seguir en la seva recerca, una recerca molt dura, però com ja hem sentit dir molts cops: *“després de la tempesta sempre ve la calma.”*

## CONCLUSIÓ

Durant la realització del treball, de mica en mica, he pogut esbrinar el que pretenia a l'inici d'aquest, extraient petites conclusions per cada apartat del treball.

La depressió és una de les malalties que afecta a més part de la població actualment. Malgrat les alarmants dades, la depressió a hores d'ara és una gran desconeguda per a la majoria de persones perquè normalment no s'atorga prou importància a la malaltia. Tot i haver-hi la presència d'aquest pensament, la depressió afecta de manera devastadora als qui la pateixen, com hem pogut veure al llarg del treball. Aquesta malaltia té el poder de consumir totes les motivacions i passions del malalt i deixar-lo simplement amb un profund sentiment de tristesa i angouxa. Són aquestes les raons per les quals donar a conèixer com és la depressió i com afecta és vital per a poder garantir l'acceptació del malalt en la societat i per a desenvolupar més mètodes de prevenció, tant en escoles com en treballs. També és molt important impulsar el reconeixement de les malalties mentals i saber com actuar davant d'aquestes.

En conclusió a l'enquesta realitzada sobre l'estigma, hem vist com actualment no hi ha una forta estigmatització en la depressió, però sí una mancança de coneixement. Aquest és un fet que ha de millorar a través d'una major informació sobre aquesta.

En general, he pogut assolir tots els objectius del meu treball perquè he pogut conèixer més sobre la malaltia, i sobretot, crec que he pogut plasmar en el treball com és patir una depressió. Penso que fins que no ens posem en la pell de la persona la qual pateix la malaltia, i veiem com és realment conviure amb aquesta, no podem entendre bé la malaltia. Aconseguir això era un dels meus objectius més rellevants, ja que crec que tots els que llegeixin el treball podran entendre una mica més la malaltia i, amb sort comprendre la gravetat d'aquesta i la importància de donar-li més visibilitat

Personalment, he pogut entendre molt millor a la meua amiga i penso que ara em trobo més preparada per a ajudar-la i donar-li el suport que necessita.

En el treball he desenvolupat una mica cada un dels punts clau de la malaltia però, malgrat això, crec que es podrien desenvolupar diversos treballs a partir del meu. Una opció podria ser un estudi més a fons sobre l'estigmatització que poden produir les diferents malalties mentals, que poden presentar problemes com l'exclusió social o problemes d'integració laboral dels malalts. D'igual manera, podria ser interessant realitzar un estudi enfocat en la genètica de la malaltia. Tant uns com altres poden ser interessants per a aprofundir en un problema que pateix una part molt gran de la nostra població.

Personalment, la part que més m'ha agradat del treball ha estat la realització de les entrevistes, en elles he pogut aprofundir més en els sentiments de la meua amiga i també en com viuen la seva malaltia els que l'envolten.

Per finalitzar, voldria dir que estic molt satisfeta d'haver escollit aquest tema per a tractar-lo en un treball tan important com és el Treball de Recerca, ja que m'he sentit molt motivada duent-lo a terme.

Considero que l'experiència viscuda ha estat positiva i que els meus coneixements sobre aquest tema han augmentat considerablement, crec que se molt més sobre el tema que abans de realitzar aquest treball.

M'agradaria acabar aquest treball amb una estrofa d'una cançó anomenada *Bleeding out*. Per a la Lana i per mi, aquesta és una cançó molt especial i per això penso que no hi ha millor manera per acabar aquest treball que amb ella.

***“Quan l'hora estigui a prop,  
la desesperança penetri i  
tots els llops udolin per omplir la nit de crits.  
Quan els teus ulls estiguin vermells i  
el buit sigui tot el que coneguis.  
Amb la foscor alimentada  
jo seré el teu espantaocells.”***

- Imagine Dragons

## BIBLIOGRAFIA I WEBGRAFIA

ALONSO, JOSÉ. *Personas deprimidas describen su depresión.*

<<https://jralonso.es/2014/10/09/personas-deprimidas-describen-su-depresion/>>  
[consulta: 18-07-2018]

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2013). *Diagnostic and stadistical manual of mental disorders. DSM-5.* Anglaterra: American Psychiatric Publishing.

BARRIOS, ANA MARÍA. *Depresión y su origen.*

<<https://anambarrios.wordpress.com/2008/10/28/depresion-y-su-origen/>>  
[consulta: 2-09-2018]

BECK, A., STEER, R., A. & BROWN, G. K. (1996). . *BDI II: Beck Depression Inventory II.* United Estates: Pearson. P5-10

BRIT, CARME.. *Testimonio de una persona con depresión.*

<<https://www.carmebrit.net/2013/03/20/testimonio-de-una-persona-con-depresi%C3%B3n/>> [consulta: 19-08-2018]

COMISIÓN DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS. *Libro verde de la salud mental.* Brussel·les p9-14.

DIARI EL MUNDO. *El estigma en la depresión.*

<<http://www.elmundo.es/baleares/2017/09/15/59bbfae922601d9b758b45fc.html>>  
> [consulta: 5-10-2018]

DIARI EL PAÍS. *El estigma en la enfermedad mental:*

<[https://elpais.com/diario/2007/05/15/salud/1179180005\\_850215.html](https://elpais.com/diario/2007/05/15/salud/1179180005_850215.html)>  
[consulta: 14-10-2018]

EL PAÍS. *Halladas dos de las grandes causas genéticas de la depresión.*

[http://elpais.com/elpais/2015/07/15/ciencia/1436979782\\_435352.html](http://elpais.com/elpais/2015/07/15/ciencia/1436979782_435352.html)>  
[consulta: 16-07-2018]

GARCÍA, JOSÉ ANTONIO. *La depresión.*

<<https://www.cop.es/colegiados/M-00451/depre.htm>> [consulta: 6-08-2018]

GUIA PSICOLÒGICA. *Inibhidors selectius de la monoaminoxida.*

<<http://guiapsicologia.com/antidepressivos/imao/>> [consulta: 23-05-2018]

GUIA SALUT *Guía De Práctica Clínica Sobre La Depresión Mayor En La Infancia Y En La Adolescencia.*



<[http://www.guiasalud.es/egpc/depresion\\_infancia/completa/apartado06/tratamiento.html](http://www.guiasalud.es/egpc/depresion_infancia/completa/apartado06/tratamiento.html) > [consulta: 11-04-2018]

HAMILTON, M. *A rating scale for depression*. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1960 p. 56-62.

HEERELIN, ANDRÉS. *Psicoterapia Interpersonal en el tractament de la depressió*.

<[https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-92272002000500005](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272002000500005) > [consulta: 25-06-18]

INSTITUT D'ESTADÍSTICA DE CATALUNYA. *Suicidios. Por sexo y provincias*. <<https://www.idescat.cat/pub/?id=aec&n=616&lang=es>> [consulta: 17-09-2018]

LEYVA, DIAN. *Depresión Y Recaída: La Lección De Las Contrariedades*.

<<http://fundacionfan.com/depresion-y-recaida-la-leccion-de-las-contrariedades/>> [consulta: 8-10-2018]

MARTÍNEZ, EDUARDO. *Descubren Cómo Funciona El Efecto Placebo*.

<[https://www.tendencias21.net/Descubren-como-funciona-el-efecto-placebo\\_a1702.html](https://www.tendencias21.net/Descubren-como-funciona-el-efecto-placebo_a1702.html)> [consulta: 19-04-2018]

MAYO CLINIC. *Depressió*.

<<https://www.mayoclinic.org/es-es/diseasesconditions/depression/diagnosis-treatment/drc-20356013>>[consulta: 11-04-2018]

MAYO CLINIC. *Inhibidors de la monoaminoxidasa*.

<<https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/depression/in-depth/maois/art-20043992>> [consulta: 30-04-2018]

MAYO CLINIC. *Inhibidores Selectivos De La Recaptación De Serotonina*.

<<https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/depression/in-depth/ssris/art-20044825> > [consulta: 30-04-2018]

MEDLINEPLUS. *Fluoxetina*.

<<https://medlineplus.gov/spanish/druginfo/meds/a689006-es.html>>

[ consulta: 9-04-2018]

MITJANS, MARINA. *Efecte de la variabilitat genética en el sistema endocannabinoïd i nicotínic sobre la resposta clínica: estudi farmacogenètic en una mostra de pacients amb un episodi de depressió major tractats amb*

*citalopram (ISRS)* . Universitat de Barcelona (2010) . Master experimental en biologia. P 3-21.

MUÑOZ, MANUEL. *Estigma y enfermedad mental: análisis del rechazo social que sufren personas con enfermedad mental*. Madrid: Computense, 2009.p9-12

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). *The global burden of disease:2004 update*. Geneva : World Health Organization, 2008.

PSICODEX. *Tipos de depresión*.  
<<http://www.psiquiatriapsicologiadexeus.com/es/unidades.cfm/ID/1099/ESP/tipos-depresion.htm>>[ consulta: 25-09-2018]

PSICOLOGIA ONLINE. *Diferencia entre depression endògena i exògena*.  
<<https://www.psicologia-online.com/diferencias-entre-depresion-endogena-y-exogena-3711.html>> [consulta: 29-06-18]

REID S, BARBUI C. Eficacia i efectes secundaris dels inhibidors selectius de la serotonina. *Long Term Treatment of Depression with Selective Serotonin Reuptake Inhibitors and Newer Antidepressants* p 7-8.

SÁNCHEZ, ANTONIO J. *Psicofarmacología en la depresión*. p 37-48 [consulta: 23-05-2018]

TORRES, ARTURO. Universitat Autònoma de Barcelona- Universitat de Barcelona. *Teràpia cognitivo-conductual*.  
<<https://psicologiyamente.net/clinica/terapia-cognitivo-conductual>> [consulta: 21-06-2018]

UNIVERSITAT DE MICHIGAN, JAMA Psychiatry *Depressed people who respond to fake drugs get the most help from real ones* p 1-7

VIDA I SALUT. *La depresión: ¿Puede la depresión ser genética?* .  
<<https://www.vidaysalud.com/la-depresion-puede-ser-genetica/>> [consulta: 16-07-2018]

## ANNEXOS

### ANNEX I PRIMERA ENTREVISTA A LA LANA:

**A quina edat vas començar a tenir depressió major?**

Als 15 anys, quan feia 3r d'ESO.

**Com et vas adonar de què alguna cosa havia canviat i que estaves començant a patir aquesta malaltia?**

Vaig començar a no voler sortir de casa, a no voler estar amb els amics. No podia estudiar ni concentrar-me i llavors vaig veure que alguna cosa estava anant malament.

**Vas pensar que el que estaves patint es podia tractar d'una malaltia mental?**

No, no sabia que era, jo pensava que només estava trista.

**Que sents en aquests moments on a poc a poc vas creant la teva bombolla?**

Jo el que volia era estar a casa i que ningú em vingués a veure. Un dia vaig fer un dibuix on sortia la meva casa amb una bombolla al voltant per a que ningú entres.

**Parles amb algú sobre això?**

No, perquè hi ha com una comoditat en trobar-se malament i jo vaig trobar el gust a estar sola, a no fer res, i en aquell moment era el que jo volia, no volia sortir ni estar amb els meus amics. L'únic que volia era estar sola.

**Quan parles per primer cop amb un metge?**

Quan em vaig començar a tallar perquè vaig veure que això ja era massa, ja estava superant el que jo pensava que era tristesa, així que vaig parlar amb una metgessa del CAP de Calaf i em va dir que anés a un psicòleg. Li vaig dir a la meva mare que hi volia anar però no el perquè.

**Com és el primer cop que vas al psicòleg?**

Et coneixen, et fan preguntes sobre la teva família... Primer no em van dir res sobre el que tenia. Al principi no m'agradava anar-hi, em notava angoixada i atacada perquè jo mai l'hi havia explicat a ningú i de cop ho havia d'explicar tot a una persona, era com si algú volgués envair la meva bombolla

**En quin moment els teus pares comencen a saber-ho tot?**

Quan m'han de començar a donar medicació els hi diu la psicòloga.

**Que et diuen el primer cop que et parlen sobre el trastorn depressiu ?**

Van tardar unes 3-4 sessions en diagnosticar-me i em van dir que tenia tendència a la depressió. Després van veure que no era tan lleuger.

**Després, per a la dedicació, vas al psicòleg. Quina diferència hi ha entre una sessió amb el psicòleg i una amb el psiquiatre?**

Amb el psicòleg fas una hora de teràpia i amb ell parles, fas exercicis i en canvi el psiquiatre només et diu si et puja o et baixa la medicació.

**Quins medicaments prens per a la depressió?**

Antidepressius, antipsicòtics i medicaments per a la ansietat.

**Creus que els problemes d'ansietat poden venir a arran de la depressió?**

Sí, normalment l'ansietat ve per por a alguna cosa però a mi em ve perquè sí. Per exemple ara podem estar aquí parlant i puc començar a tenir un atac d'ansietat, però normalment em passa quan començo a pensar en coses que em fan mal, de vegades em passa quan estic amb els amics i sento que necessito marxar, que em costa respirar, que no puc parlar. També em passa quan estic amb molta gent o estic nerviosa. Amb l'ansietat hi ha moments extrems on sents que estàs a punt de morir, sents la teva pròpia mort perquè no pots respirar i tu mateixa creus que estàs morint, si en aquell moment estàs escoltant música és com si aquesta és comences a distorsionar.

### **I els antipsicòtics, com t'ajuden?**

Jo quan era petita veia un llop, i doncs, són per controlar que no tingui al·lucinacions ja que quan tens una depressió molt forta de vegades tens també al·lucinacions auditives com escoltar música o el teu nom, i la veritat es que quan m'ha passat m'he espantat.

### **Actualment , quina medicació diària reps?**

Durant els anys com que la depressió ha anat creixent, la medicació ha anat augmentant també. Actualment, cada dia em prenc 4 pastilles: dos antidepressius, un antipsicòtic i una per l'ansietat.

### **Estàs conforme amb aquest tractament?**

Sí, però hi ha molts efectes secundaris.

### **Quins creus que són els pitjors efectes secundaris?**

La des realització, sents com si estiguessis dins d'una pel·lícula, saps que esta passant la vida però sents que tu no estàs allà. També guanyes molt pes, tens nàusees, dorms molt o dorms poc, depèn del dia... Si et vols curar de depressió has de sacrificar moltes altres coses

### **En el teu cas, tu has estat en un centre de dia, creus que t'ha ajudat?**

M'ha ajudat a no estar a casa, però el fet d'estar allà no m'ha ajudat, ja que estava molt mal muntat. El millor seria que ens fessin sortir de casa però no per obligació i per això hauria de estar personalitzat. Per exemple jo durant una època l'únic que volia era anar amb moto, en aquell moment si algú m'hagués fet sortir de casa per anar-hi, jo hauria sortit amb motivació i no per obligació, ja que llavors veus que no t'agrada sortir de casa.

### **Com afecta la depressió en la teva relació amb els amics? Utilitzes una mascara amb ells?**

Molts dies no vaig amb ells o estic més callada. Sempre estic fent servir una mascara perquè sinó em quedaria a casa directament o estaria asseguda allà escoltant música i fent les meves coses. Tot i això,hi ha moments que no ho

pots evitar i senzillament has d'estar sola, però de vegades si fas això molt sovint et diuen coses com que no ho intentes, que no vols millorar però jo estic sempre esforçant-me molt per millorar.

### **Algun cop has estat ingressada? Per què?**

He estat tres cops ingressada per prevenció de suïcidi. Tots els cops han sigut pel meu compte, ja que sentia que estava en el meu límit i si continuava sola a casa intentaria alguna cosa. Quan arribes al teu propi límit és com irreal, la realitat se'n va i pots tenir alguna al·lucinació auditiva o visual. Et vols morir fins al nivell que ho pots fer tu mateixa, si et talles no et fa mal, la música et consumeix. És un vaig a l'hospital o em deixo morir.

### **T'has auto lesionat mai ? Que sents quan ho has fet?**

És una sensació molt estranya, ja que se t'accelera el cos, tens molta adrenalina. El dolor mental es calma una mica amb el dolor físic, ja que és preferible aquest que no pas el mental.

### **Has fet mai un intent de suïcidi? Com ho vas fer?**

Vaig donar el pas prenent-me pastilles amb alcohol, però depares em vaig donar compte del que estava fent, no me'n vaig penedir perquè m'era igual si moria, però em vaig donar una oportunitat i vaig demanar ajuda. No ho tenia planejat, vaig començar a agafar les pastilles i no tenia control, jo veia com feia les coses però no pensava, estava fora de control. Vaig demanar ajuda però després me'n vaig penedir.

### **Quines mesures es van prendre després d'això?**

Estava vigilada les 24 hores, no podia estar sola i per mi era horrible, ja que necessito estar sola.

### **Quins creus que són els pitjors efectes de la depressió?**

Penso que el pitjor és que encara que tinguis un bon dia et pots voler morir igualment, jo estic cada dia constantment pensant en morir i estic bé, per mi això és estar bé. Jo ara estic contenta però igualment penso en morir, cada dia hi penso.

**Has deixat de fer coses per la depressió?**

Vaig deixar l' institut, sentia que era impossible, no podia fer les coses. Pel matí no em podia aixecar, no em podia vestir, no podia fer la feina, no podia agafar el bus, l'únic que podia fer era estar al llit.

**PUNT ACTUAL:**

Ara encara que no estigui bé, vull sortir perquè m'avorreixo estar a casa, vull fer coses i vull trobar una motivació que hem faci sortir de casa i no per obligació.

**Que creus que es el que més t'ha motivat a seguir endavant?**

Cada dia tinc l'oportunitat de morir, però el què m'ajuda és pensar que si jo morís, com afectaria això a la gent que més m'estimo, si no tingues a ningú, probablement ja m'hagués mort.

**Creus que es dóna la suficient importància a les malalties mentals?**

No, jo quan va començar tot, no sabia que era una malaltia mental ni res i crec que s'hauria de donar més visibilitat i ajuda a la gent que en té però no ho sap. També esta molt estigmatitzat, molta gent pensa que tenir depressió és estar boig o fan servir la paraula depressió per dir que estan tristos.

**Que creus que es podria fer per donar més visibilitat?**

Fer xerrades als instituts, en general donar més visibilitat.

## **ANNEX II SEGONA ENTREVISTA A LA LANA:**

**Que sents quan la gent fa servir la paraula depressió o l'expressió estic deprimit per expressar que estan tristos o que tenen alguna situació complicada?**

Sento ràbia perquè la gent no entén realment el que és estar deprimit, es pensa que es estar trist o que et faci molta mandra fer una cosa.

**I que penses quan en la malaltia mental, és considera que la persona esta boja o de seguida es parla de que l'ingressin a un psiquiatra?**

Això em fa mal ja que tu no has triat patir una malaltia i potser si que has d'anar a un psiquiatra, però no per que estiguis boig sinó perquè t'ajudi ja que és una cosa bona anar-hi, t'ajuda molt. Molts cops si vas al psicòleg ja et miren de manera estranya.

**Has vist molts comentaris d'aquest estil?**

Sí, molts comentaris de gent en plan “ quina depressió”, “ets un malalt mental” o “ em vull morir” i més d'aquest estil.

**T'han dit mai que tu no surts de la depressió perquè no vols?**

Si, em fa ràbia perquè si jo no volgués potser ja no estaria aquí, la gent sempre es pensa que no m'esforço, que per mi es difícil fer les coses que fa tothom i això em fa mal.

**De tants cops que t'ho han dit t'ho has cregut algun cop?**

Potser si que he pensat que no estic lluitant prou o hauria de fer un esforç per fer més coses però jo m'estic esforçant molt per fer el que faig.

**Has pensat mai que la culpa és teva ?**

No del tot però una part sí.

**Que faries per intentar que la gent no tingués aquest tabú? Perquè creus que la gent té aquest tabú?**



Perquè no se'n parla, la gent no s'interessa per la salut mental, ho deixen com un boig i ja està. Potser si se'n parles més la gent no tindria aquest tabú i tampoc faria servir tant la paraula depressió malament.

**Creus que part de la població no acaba de veure la depressió com a una malaltia greu?**

Sí, com que la depressió no és cap malaltia física doncs està molt infravalorada, la gent no se'n preocupa. Hi ha molta gent que en pateix però que no saben que és, ho deuen estar passant molt malament per això s'ha d'intentar canviar i fer conèixer la depressió i en general les malalties mentals.

**Com creus que t'ha ajudat el teu entorn familiar per a seguir endavant?**

Ells m'ajuden des de l'ombra, jo mai vull parlar amb ells del tema i doncs jo se que ells van fent coses i ho fan tot per mi.

**Com creus que ha influït en la teva família la teva malaltia?**

La meva mare deu patir molt cada dia quan marxa i em deixa aquí sola perquè mai es sap si un dia se'm pot anar el cap i fer alguna cosa. Jo crec que és això el que més l'afecta.

**Com poc a poc crees el vincle de confiança amb la teva psicòloga?**

Amb les preguntes que et fan ella poc a poc et va coneixent, per exemple en comptes de dir aquella amiga teva diu l'Abril, i doncs això fa que agafis confiança perquè veus que esta atenta i t'escolta. Es potser amb la persona amb la que més m'obro encara que no ho faig del tot.

**Que feies al centre de dia?**

Anàvem allà, fèiem deures, algun dia potser miràvem una peli però no fèiem teràpia. T'ajudava a sortir de casa però a dins no es feia cap tipus de teràpia.

**Com vius les recaigudes?**

Normalment no hi ha símptomes, és de sobte, puc estar fent algo i em comença a venir un cúmul de coses i em poso encara més trista.

**Que fas per passar aquests mals moments?**

O no faig res o m'espero. També hi ha dies que faig alguna cosa com mirar una peli, dibuixar,...

**I quan parlem de recaigudes grans? Com vius una recaiguda d'aquestes?**

És una desesperació perquè tu penses que ja estàs bé i de cop torna tot i sents molta impotència.

**Que t'ha pres la depressió?**

Encara que no et pren els amics i la família físicament, ja no els gaudeixes. Saps que estan allà però ja no vols estar amb ells i llavors és com si els perdessis per tu mateix.

### **ANNEX III ENTREVISTA A LA BERTA:**

**Quan la Lana va començar a trobar-se malament, encara que no ho parlés amb tu, vas notar algun canvi en ella?**

Sí que vaig veure una mica de canvi però pensava que era pel seu caràcter que s'estava accentuant al créixer. Ella és introvertida, tímida, li costa relacionar-se i doncs això es va veure més quan va començar a tenir símptomes de depressió. Jo el que vaig notar va ser que entre Setmana Santa i final de curs hi havia dies que deia que no es trobava bé, que no podia anar a classe i això es repetia molt i amb diferents motius que al final ja em feia sospitar que realment es trobava malament físicament o bé no volia anar a classe per algun motiu fins que un dia em va dir que li passava alguna cosa de manera que havíem d'anar a un professional.

**Creies que es podria tractar d'un trastorn mental?**

Sí però relacionat amb el caràcter, no pensava que seria una malaltia. Primer vam anar a una psicòloga per tractar aquests problemes de relació i després ja vam anar al psiquiatre per tractar la malaltia.

**Et prens bé que la Lana et demani anar al psicòleg?**

M'ho prenc bé per ella, per ajudar-la però en realitat no vols pensar que es tracta d'alguna cosa greu. Penses que seran 4 sessions i es quedarà aquí la cosa.

**Com reacciones quan diagnostiquen a la Lana depressió?**

Malament, amb la psicòloga va anar fent sessions i a la quarta va parlar amb nosaltres perquè creia que és tractava de depressió. Per nosaltres va ser com un gerro d'aigua freda, no ens ho esperàvem. Ens va dir també que havíem d'anar a un psiquiatre perquè necessitava medicació. Llavors veus que es tracta realment d'una malaltia i que és més greu del que pensaves.

**Quan la Lana encara no estava diagnosticada de depressió, la consideraves una malaltia important?**

El meu pare havia tingut depressió i jo ja ho havia viscut a casa, però el meu pare n'havia tingut ja d'adult. Sí que sabia els efectes de la depressió; no hi havia res que el pogués motivar, no hi havia res que el fes moure. Sí que la coneixia però no pensava que es tractava d'una malaltia física que es pot comparar amb una diabetis o qualsevol altra malaltia però clar, amb la diferència que la depressió és una malaltia del cervell. Com que no té símptomes físics costa relacionar-la amb una malaltia i sembla que sigui que la persona no vulgui estar bé.

**Llavors, podem parlar de què en el cas de la Lana hi ha un fort factor genètic no?**

Sí, a part el seu tiet també n'havia patit en algunes ocasions de manera que l'herència segur que la té.

**En moltes ocasions es creu que la gent amb depressió estan així perquè no es volen enfrontar a la vida o perquè no s'esforcen per millorar. Que en penses sobre això?**

Realment ells tenen un impediment molt gran, ells el pensament de millorar i superar la malaltia el tenen però hi ha una barrera que no els deixa.

**Des del teu punt de vista has pogut veure com a la Lana la depressió li prenia coses com la motivació?**

Sí, totalment. També depèn del període en el què es troba, quan està més malament no té motivació per a res, es pot passar el dia tancada a l'habitació sense fer res. A llarg termini també es perden moltes coses que tocarien a la seva edat i que pel fet de tenir depressió no les fa, per exemple sortir, fer esport, quedar...

### **Com actues davant d'això? Com intentes ajudar-la?**

Estic al seu costat i li demostro que pel que necessiti estic aquí però tampoc no vull apretar-la molt perquè ella ja vol millorar, però si jo la forço més ella es sent encara més frustrada. Intento estar al seu costat, li proposo fer coses.

### **La seva malaltia ha afectat el teu dia a dia?**

Sí, sobretot des de què va empitjorar, ja que hem hagut d'anar a urgències, hi va haver el seu intent de suïcidi i clar això et condiciona la vida perquè només penso en ella, en què estarà fent. Condiciona la vida de tots els que estem al seu voltant, ja que sempre intentem fer coses que a ella li puguin agradar i fer que estigui contenta en aquell moment.

### **Que vas sentir el dia que la Lana va provar de suïcidar-se?**

Em va afectar moltíssim perquè ella sempre quan estava malament havia demanat ajuda, tot i que no havia arribat a dir que era perquè es pensava fer mal. Quan arribàvem a urgències sí que ho explicava amb els metges. Això et fa estar alerta, però clar aquell dia no ens ho esperàvem i ho va fer així que perds una mica la seguretat de què quan està malament t'ho diu i doncs, encara tens més por. Ara estic molt més alerta perquè aquell dia no hi va haver res que em fes pensar que ho podria fer i fins i tot ella potser tampoc ho pensava, només ho va fer. Això et dóna la inseguretat de pensar que en qualsevol moment ho pot tornar a fer.

### **Dies abans de què la Lana tingui una recaiguda, notes algun símptoma que t'avisa de que esta empitjorant?**

Sí, ella no ho diu però ja veus que es tanca, passa més temps sola a l'habitació, dorm més... Desconnecta una mica de la realitat, vol estar sola i de mica en mica veus que es va aïllant més. També li noto en l'expressió de la cara. Tot i això, quan en aquests moments li pregunto si es troba malament, ella em diu que no, però jo li noto. Finalment un dia ve i em diu estic malament portam al metge.

**Has parlat mai amb la psicòloga d'algun model de prevenció de recaigudes?**

No perquè encara no estem en una fase de millora com per a que hi hagi recaigudes, no ha estat bé des de la primera recaiguda. Com que a ella ja li havien donat l'alta no pensàvem que tornaria a recaure ni molt menys que es trobaria pitjor.

**Has sentit mai comentaris respectius cap a les malalties mentals?**

Sí, fa molta ràbia i afecta molt. Hi ha molts comentaris o bromes del tipus aquest és un tarat o és un depre, ho fan sense valorar el que pot arribar a ser la depressió. Fins i tot en el cercle d'amics escolto comentaris com aquest ha d'anar al psiquiàtric, això afecta i també et condiciona a que no ho expliquis gaire, no ho comentes com si és tractes d'una altra malaltia, dir que es tracta d'una depressió costa més, ja que et dona la sensació que algú pot pensar que està boja. Totes aquestes frases de "estic deprimint" fan que no se li doni la suficient importància.

**Has vist molts efectes secundaris per culpa del tractament en la Lana?**

Sí, n'ha tingut molts com son, nàusees, falta de motivació, augment de pes...

**Quines són les majors evidències o efectes que ha causat la depressió en la Lana?**

Inestabilitat emocional, idees d'autolesió, la dificultat d'enfrontar-se socialment com quan va haver de deixar els estudis.

**Com et va afectar això?**

Quan va començar a no anar a l'institut, jo pensava que no hi aniria una setmana, potser 15 dies, però jo pensava que acabaria el curs i ho recuperaria, però al final es va convertir en un trimestre, després ja va ser evident que no ho podria recuperar però l'important era que ella és recuperes.

## **ANNEX IV ENTREVISTA A LA MARIA:**

### **En les primeres consultes fas servir algun tipus de model diagnòstic?**

Quan es tracta de saber si una persona té una malaltia d'aquest tipus hi ha el manual de psicologia que és el DCM-5, que és el que fa servir tothom, ja que és una classificació internacional. Aquest és el que utilitzes, ja que és el que et serveix per justificar que hi ha una determinada malaltia. És com quan un metge et diu que tens colesterol, t'ho diu perquè hi ha un acord on a partir de 200 tens el colesterol alt.

### **Com aconsegueixes establir una relació de confiança amb els teus pacients?**

El primer dia és una presa de contacte, i més o menys en les següents tres o quatre sessions fas un procés de diagnòstic per a entendre, conèixer, saber perquè les persones són molt complexes. En psicologia primer fas unes visites on explores la persona des de la conversa o des d'uns tests de personalitat que també s'utilitzen. El tema d'establir confiança ve molt des del tarannà de cada professional, no hi ha una manera establerta. Sempre intentes estar obert, escoltar, no jutjar, ser empàtic, donar temps i espai a l'altre, ser respectuós... D'aquesta manera a poc a poc agafes confiança.

### **Els pacients, el primer cop que venen al psicòleg, ja venen amb la idea de que es pot tractar d'un trastorn mental?**

Habitualment quan un ve és perquè li passa alguna cosa, perquè té algun símptoma que li dona malestar. Aquest símptoma pot ser un trastorn psicològic, una cosa crònica o bé passatgera. La gent es planteja com és sent; em sento anguiat, trist, no tinc gana, ploro tot el dia, estic molt nerviós, em sento incòmode quan vaig a un lloc amb gent o estic tot el dia beuen cerveses i no puc parar... En funció d'aquests símptomes vas explorant si es tracta d'una característica de la personalitat o és un trastorn o bé una situació temporal conseqüència d'algun fet que li ha passat.

### **Quin tipus de teràpia fas servir?**

Jo faig una atenció des del que es coneix com una línia psicodinàmica que vol dir entendre no només els símptomes, sinó que tenen a veure aquests amb l'història, amb la part conscient, amb l'inconscient, amb les fantasies amb els neguits... Llavors aborda de manera més profunda.

### **Trobes que hi ha alguns símptomes o alarmes que ens poden fer pensar que algú es troba a punt de patir una recaiguda?**

Sí, ja que la persona al ja haver passat la malaltia, ja coneix un malestar, uns signes d'alerta i per tant quan els torna a tenir, els detecta molt aviat perquè ja en té experiència prèvia. En el cas de la depressió per exemple doncs una persona de sobte torna a estar trista, a no voler saber res de ningú, no pot parar de plorar i això ja ho havia passat doncs en les recaigudes de seguida es demana ajuda, ja que com en té coneixement sap el que li passa.

### **Que faries tu per a prevenir les recaigudes?**

Clar, això ja és individual de cada persona. En general l'entorn ajuda molt, si una persona està bé amb els estudis, a la feina, amb la parella, es troba bé de salut... Tot això són factors de protecció que protegeixen de que hi hagi més recaigudes o si ni ha que sigui més lleu. Un pla de prevenció per a què no n'hi hagin és molt individual i més des d'una clínica privada. En una clínica privada es visiten als pacients amb més freqüència, més personalitzat, amb més temps, atenent a la família perquè quan es té depressió el suport i que la família entengui com acompanyar és tan important com tractar el pacient

### **Es parla amb els pares? És molt important el seu paper?**

Sí, és imprescindible, totes les persones que viuen amb algú amb depressió per a poder ajudar-lo han de poder saber que passa, perquè passa, que necessiten, quan s'han de posar fermes, quan han de cedir, quan hi ha un signe d'alarma que ens fa pensar que hi ha una recaiguda més gran del normal... Els pacients necessiten suport i ajuda i les persones del voltant també perquè estan molt desorientades.



### **I el suport social de per exemple els amics, és també important?**

És molt important però clar, no s'hi té accés, però que la persona amb la malaltia tingui una xarxa social d'amics és també un factor de cura i acompanyament que fa que la mateixa malaltia tingui millor pronòstic.

### **Quins trobes que són els factors ambientals que més poden influir en una persona amb depressió?**

Si parlem de depressió major els factors ambientals poden influir en l'agreujament i en la millora més ràpida o més lenta però, provocar la malaltia no. Una cosa és tenir una malaltia per què se't mor un familiar, estàs molt trist durant una època, però una cosa és tenir un estat d'ànim deprimit i una altra és tenir una depressió major. En la depressió major hi ha una part orgànica, una part neuroquímica que al pacient li toca. En l'àmbit genètic, vol dir que és hereditari. No està demostrat però sí que hi ha tendències genètiques, però en tot cas és congènit, és a dir, tu ja ho tens des del naixement però sortirà quan sortirà.

### **Que en penses sobre la poca importància donada a les malalties mentals? I sobre els comentaris despectius que reben constantment les persones amb malalties mentals?**

Sí, i a més els propis pacients t'ho diuen; doncs la meva parella em diu que surti, que no em tanqui a l'habitació i culpabilitzen, en el cas de la depressió al pacient de per què no ho fa, però clar és com si a mi em diuen agafa un autobús i condueix-lo i jo amb prou feines se conduir un cotxe, com he de saber conduir un autobús? Als malalts se'ls hi demana coses impossibles per a ells i a part com que no es veu i la gent no ho entén sobretot en les depressions, s'exigeix als malalts com si fos culpa d'ells com si no s'esforcessin i això costa molt d'entendre-ho, per això faig molt treball amb la família, per a que entenguin que està passant i poder comprendre-ho. En les malalties físiques la gent comprèn de seguida que per exemple amb una persona en cadira de rodes no se li pot dir que camini, doncs en la depressió passa el mateix però s'ha d'aconseguir que la gent ho entengui.

Socialment, la malaltia mental és molt poc coneguda i per això es tendeix a dir a les persones que en pateixen que s'animin, se'ls hi diu que en fan poc.

**Creus que aquests comentaris poden afectar en el pacient i fer-lo sentir culpable?**

Sí, en el cas de què molta gent de l'entorn li digui, perquè en un principi el malalt ja s'ho pensa, la part de la culpa en la persona que té una malaltia mental té un pes molt important i primer s'ha de fer un treball per a que entengui que no se n'ha de sentir culpable, però clar al final si molta gent li diu doncs al final sí que es pensa que potser ell no fa el suficient però clar ells no poden.

**Que creus que s'hauria de fer per a millorar aquesta percepció de la gent?**

Jo crec que s'hauria d'informar, perquè tothom sap que és una diabetis o un càncer, però la malaltia mental es desconeix molt i potser s'hauria d'informar més. Qui té un familiar ho sap i ho entén si s'ha fet un bon treball amb un bon psicòleg però a nivell popular s'hauria de fer més pedagogia.

**I que en penses sobre que per a gran part de la població encara estigui mal vist anar al psicòleg o al psiquiatre?**

Avui en dia ja ha canviat bastant, jo per exemple també treballo en un servei públic amb nens més petits i les famílies estan contentes de portar els nens a què els ajudin perquè ho veuen com una millora per a que el seu fill tingui el millor possible. Potser sí que hi ha gent que encara ho té estigmatitzat i en parlar sobre anar al psicòleg ja et diuen que estàs boig o que a veure què et passa però cada vegada menys, ja que tots ens hi podem trobar en la nostra vida. També podem voler anar al psicòleg perquè ens volem conèixer més a nosaltres mateixos o bé perquè tenim un petit conflicte... No només és va al psicòleg per un trastorn sinó que també per a explorar altres vies de la pròpia personalitat.

## **ANNEX V ENQUESTA SOBRE L'ESTIGMA EN LA DEPRESSIÓ**

### **LA DEPRESSIÓ**

Qüestionari sobre la depressió i l'estigma social en malalties mentals com aquesta.

Edat :

14-20

21-30

30-40

41-55

+ 55

Sexe :

Home

Dona

Que creus que és la depressió?

Has patit mai una depressió?

Sí

No

Coneixes algú que n'hagi patit mai?

Sí

No

En cas afirmatiu, com l'has ajudat?

Creus que la depressió també afecta als joves i infants?

Sí

No

Consideres que una persona amb depressió és una persona dèbil que no s'enfronta el suficient a la vida?

Sí

No

Creus que la gent que pateix malalties mentals com la depressió estan bojos?

Sí

No

Has fet servir mai la paraula depressió o la expressió "estic deprimat" per a expressar tristesa o que et trobes en un moment difícil?

Sí

No

Les malalties mentals han de ser considerades com qualsevol altra malaltia?

Sí

No

Link del formulari online:

<https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSeYUvq8HTplykriqUqML3FXqbXJBz6zv9asfbMcBQtiKeQg/viewform?c=0&w=1>